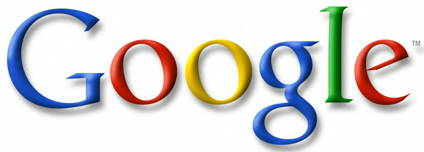


ANNALES

D'OCULISTIQUE,

PUBLIÉES

PAR LE DOCTEUR **FLORENT CUNIER**,

MÉDECIN-OCULISTE, CHIRURGIEN DE L'INSTITUT OPHTHALMIQUE DE BRUXELLES, ANCIEN MÉDECIN MILITAIRE, MEMBRE DES ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS DE MÉDECINE D'AMSTERDAM, ANGERS, ANVERS, BADEN, BARCELONE, BERLIN, BORDEAUX, BRUGES, BRUXELLES, COPENHAGUE, COROGNE, DRESDE, ERLANGEN, GAND, HALLE, HAMBOURG, HEIDELBERG, HOORN, LIÉGE, LISBONNE, LONDRES, LYON, MADRID, MALINES, MONS, MONTPELLIER, NANTES, NOUVELLE-ORLÉANS, PALMA DE MALLORCA, PARIS, PUERTO DE STA-MARIA, RIO-DE-JANEIRO, ROTTERDAM, SARRAGOSSE, STRASBOURG, VALENCE, VERVIERS, VIENNE, ETC.

Huitième Année.

TOME XIV.

3e Série. — Tome 2me.

BRUXELLES,

CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,
22, rue des Comédiens;

A PARIS,

Chez M. Germer Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

2me semestre 1845.

LISTE DE MM. LES COLLABORATEURS.

ANGLETERRE.

MM. Lawrence, à Londres. Mackenzie, à Glasgow. Middlemore, à Birmingham.

AUTRICHE.

MM. Gulz, à Vienne. Piringer, à Grätz.

BADEN.

MM. Chelius, à Heidelberg. Scherrer, à Constance.

BAVIÈRE.

MM. C. Canstatt et Heyfelder, à Erlangen. Textor, à Würzbourg.

BELGIQUE.

MM. Ansiaux (Jules), à Liége. Bastings, à Bruxelles. Burggraeve, à Gand. Decondé, à Arlon. Fallot, à Namur. Gouzée, à Anvers. Hairion, à Louvain. Henrotay, à Anvers. Jans, à Peér. Loiseau, à Namur. Rieken, à Bruxelles. Schoenfeld, à Charleroi. Stiévenart, à Mons. Verheyen, à Bruxelles.

BRÉSIL.

M. R. J. Faria de Mattos, à Maranhâo.

DANEMARCK.

M. N. G. Melchior, à Copenhague.

ESPAGNE.

M. Escolar, à Madrid.

FRANCE.

MM. A. Bérard, à Paris. Bouchacourt, à Lyon. Caffe, Desmarres et Deval, à Paris. Duval, à Argentan. Furnari, à Paris. Guépin, à Nantes. Miquel, à Paris. Mirault, à Angers. Pamard, à Avignon. Pétrequin, à Lyon. Rognetta, à Paris. Serre (d'Uzès), à Alais. Serre, à Montpellier. Sichel, à Paris. Stoeber, à Strasbourg. Szokalski et Velpeau, à Paris.

GUATÉMALA (Amérique centrale).

M. Fleussu, à Santo-Thomas.

HOLLANDE.

MM. Kerst, à Utrecht. Hendricksz (W.), à La Haye. Mensert, à Amsterdam. Sebastian, à Groningue. Snabilié, à La Haye. Van den Broek, à Hoorn.

PORTUGAL.

M. Kessler, à Lisbonne.

PRUSSE.

MM. Andreae, à Magdebourg. Blasius, à Halle.

RUSSIE.

MM. Evenius, à Moscou. Vanzetti (le professeur), à Karkov.

SAXE.

MM. Ammon (le chevalier d'), Baumgarten, Beger et Warnatz, à Dresde.

SUISSE.

M. Maunoir (le professeur), à Genève. Rau, à Berne.

TURQUIE.

M. Rigler, à Constantinople.

WURTEMBERG.

M. G. Hoering, à Heilbronn.

Impr. de H.-J. Gregoir, 66, Fossé-aux-Loups.

ANNALES

D'OCULISTIQUE.

Tome XIV. — 2e série. Tome ... — Ire livraison.
JUILLET 184

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉMOIRE SUR LES RAPPORTS QUI EX... ENTRE LES OPH-THALMIES QUI ONT SÉVI DANS LES ...ÉES EN ITALIE ET CELLES QUI SE SONT MONTRÉES DANS ...ONARCHIE AUTRI-CHIENNE ET DANS LE ROYAUME DE PR...

Par le docteur DECONDÉ, médecin de régimen... de ligne, etc.

L'*Encyclographie des Sciences médicales* a ...uit nos observa-tions *sur la similitude qui existe entre l'o...mie d'Égypte et celle de Belgique* (*Bulletin médical belge* de 1... ainsi que notre travail *sur les endémies et les épidémies d'ophth...* (janvier 1842, p. 164), travaux destinés à servir d'introduction ...toire de l'im-portation de l'ophthalmie en Europe. — Depuis ...vons publié dans les *Annales d'Oculistique* nos *Recherches sur ...re de l'oph-thalmie dans les armées françaises* (tom. VIII, p. 6...3) et celles qui concernent la même maladie *dans les États i...* (tom. X, p. 49 et 115). Dans ce nouveau travail, nous av...epris de saisir les rapports qui existent entre les ophthalmies ...sévi en Italie et celles qui se sont montrées dans les États aut..., ainsi que dans la monarchie prussienne.

§ I. — *Histoire de l'ophthalmie dans la monarchie au...e.*

L'ophthalmie qui a régné et règne encore dans les a...tri-chiennes leur vient de l'Italie. — Nous avons déjà vu q... ma-ladie n'avait cessé de faire des ravages dans ce dernier ...uis le commencement du XIXe siècle, et que, dans les derni...es qui précédèrent l'occupation autrichienne, elle avait pris ...-sion remarquable, tant dans l'armée que dans le civil. ... cession du royaume Lombardo-Vénitien et de la Dalma...

triche, en 1814, voici ce qui arriva : les anciens régiments furent licenciés, et on en créa de nouveaux dans lesquels on admit toutefois les hommes qui avaient fait partie de l'ancienne armée.

Le régiment I. R., n° 13, dit *Baron de Wimpfen*, formé à Como et à Bergame, eut déjà, de juin à août 1814, quelques ophthalmiques ; la maladie y fut importée par plusieurs officiers et soldats des ex-régiments italiens n°s 1, 2, 4 et 6, régiments qui, comme nous l'avons fait remarquer, avaient beaucoup souffert de l'ophthalmie, le dernier surtout. *Les premiers cas furent tous des recrudescences des ophthalmies chroniques qui avaient persisté chez la plupart d'entre eux* (1). Il y avait en même temps dans les hôpitaux militaires de ces villes plusieurs ophthalmies dont les caractères étaient ceux de l'ophthalmie d'Égypte (Rumpf).

Aussitôt que ce régiment fut formé, on l'envoya à Brünn en Moravie, où il tint garnison en 1815, et de février jusqu'en novembre de la même année, le mal avait déjà occasionné la perte de la vue à 8 soldats, tandis que 13 autres ophthalmiques étaient traités à l'hôpital. Plusieurs de ces malades avaient fait la campagne d'Égypte et y avaient eu l'ophthalmie (Rumpf). Les rapports démontrent que presque tous les cas se montrèrent dans les mêmes compagnies ; — celles qui offrirent les cas les plus nombreux furent les 9e et 10e compagnies, — et ce fut de ces compagnies qu'elle s'étendit aux autres : cette extension eut lieu à l'occasion de l'arrivée des recrues venues d'Italie à Brünn (Rumpf, Brera).

En mars et en avril 1816, le mal se développa de nouveau dans une chambre où couchaient des convalescents ophthalmiques. En mai, le régiment se rendit à Klagenfürt et y fut rendu le 29 juin. Dès son arrivée, il y eut beaucoup d'ophthalmiques, et chaque jour on dut en envoyer une vingtaine à l'hôpital. La maladie se perpétua dès lors. En avril 1818, deux aides-médecins (Unterärzte) faillirent perdre la vue. Au printemps de 1818, la maladie, d'abord bornée aux 9e et 10e compagnies, avait contaminé tout le régiment (Rumpf).

Au 1er novembre 1820, les 9e et 10e compagnies furent envoyées à Judenburg en Styrie, et y restèrent jusqu'en août 1821 ; ces com-

(1) *Einige Notizen über die Entstehung und den Gang der contagiösen Ophtalmie unter der K. K. Garnison zu Klagenfurt, wie auch über ihre Verbreitung auf das Landvolk in Körnten, nebst einige allgemeinen Bemerkungen von Dr Rumpf, Stadtsphysicus ;* mémoire inséré dans la *Medicinisch-Chirurgische Zeitung fortgesetz vom Dr Johann Nepomuck Ehrhart*, erster Band, 1824, Seite 81-111.

pagnies furent dès lors constamment en route pour diverses missions, et l'ophthalmie sembla disparaître. La 9e compagnie avait seulement 3 ou 4 ophthalmiques qui furent envoyés à l'hôpital Prochaska à Leoben, où un seul devint aveugle. — Cette compagnie ayant rejoint le régiment, elle ne tarda pas à présenter de nouveau de nombreux cas d'ophthalmie (1823).— La 10e compagnie, pendant qu'elle fut à Judenburg, n'eut pas un seul ophthalmique (Rumpf). En 1822, il y avait 44 aveugles : les uns furent envoyés à Pettau, d'autres à Peschiera, au bataillon de garnison.

Le docteur Rumpf fait observer que 7 médecins, 13 garde-malades, quelques femmes de soldats ophthalmiques, leurs enfants, des vivandières, des domestiques particuliers d'officiers, des sous-officiers, et même des officiers, contractèrent la maladie ; — il fait cependant cette remarque, que les derniers en souffrirent moins gravement.

La maladie fut importée dans la maison d'éducation du corps par l'intermédiaire de ces enfants qui furent admis à l'hôpital du régiment (Erziehungshaus), et y atteignit presque tous les élèves. Elle y fut cependant plus bénigne que dans le régiment de Wimpfen. Le directeur de l'établissement, son commandant spécial et la grand'-mère d'un des enfants, âgée de 72 ans, contractèrent le mal dans le courant de 1821.

A la fin de 1821 et au commencement de 1822, la maladie avait sensiblement diminué ; mais en avril elle reparut avec intensité, et en juin et juillet, à l'occasion de la concentration de tout le régiment, elle devint épidémique. *Le 22 juillet 1822, un orage violent ayant éclaté dans l'après-dînée, il y eut, dans la nuit qui suivit, 22 hommes qui n'étaient que légèrement affectés, dont le mal passa à l'état purulent grave.* 13 devinrent aveugles, 9 furent borgnes. A dater de mai 1822 jusqu'au 1er janvier 1823, ce régiment eut 402 ophthalmiques,— non compris ceux qui furent légèrement atteints et qu'on traita dans une chambre particulière à la caserne.

Comme Mackenzie à Messine, Kriebel à Berlin, et Müller à Mayence, Werneck instilla, en avril 1823, entre les paupières de deux garde-malades qui, ayant soigné les ophthalmiques, étaient cependant restés sains, de la matière purulente recueillie le 9e et le 10e jour de la maladie. Il excisa des granulations ayant deux ans et demi d'existence, les frotta sur la face interne des paupières d'un sujet sain, et le mal se reproduisit d'une manière absolument semblable (Rumpf).

La granulation est signalée dès lors par Rumpf *comme caractère de la maladie.*

Le régiment de Wimpfen fut, en suite d'une décision rendue par la commission sanitaire supérieure, constitué en trois bataillons. Dans le premier se trouvaient les hommes sains ; dans le deuxième ceux qui étaient guéris, et dans le troisième ceux qui en souffraient encore à divers degrés. Le 1er bataillon, fort de 950 hommes, partit le 28 septembre pour Vienne ; le deuxième, fort de 746 hommes, se rendit à Feltre et à Bassano ; le 3e, qui avait 74 invalides, partit pour Ceneda et Seravalle.

La maison d'éducation, la caserne, l'hôpital des ophthalmiques, furent transférés le 3 septembre à Tausenberg : tout fut fumigé.

Le 1er bataillon Toscana vint remplacer le régiment Wimpfen à Klagenfürt (Rumpf). . . . .

. . . .

Nous avons rapporté longuement les observations de Rumpf, parce qu'elles émanent d'un homme qui devait être bien capable, un observateur bien judicieux; nous avons insisté sur ses recherches, parce qu'elles ont le cachet de la vérité, qu'aucun détail n'y manque, et que les investigations ont été poussées tellement loin, qu'elles ne laissent rien à désirer. Ces recherches ont en outre le mérite de se trouver confirmées par les hommes les plus remarquables qui, à cette époque, ont étudié l'ophthalmie des armées : nous citerons le professeur Brera (de Padoue) (1) et l'allemand Werneck.

Brera dit, en outre, que le régiment de Wimpfen communiqua son mal aux autres régiments, soit par l'habitation dans les mêmes casernes, soit dans les camps, les champs d'exercice, les hôpitaux, etc.

Devant une filiation aussi évidente, aussi clairement exposée, que devient l'opinion de Rosas, professeur d'oculistique à Vienne (2), qui,

(1) *Annotazioni cliniche sull' ottalmia contagiosa dei soldati estese nel febbrajo dell' anno* 1823 *per soddisfera alle premure di S. E. il signor tenente Maresciallo barone Wimpfen in occasione che tale malattia infieriva nel di lui reggimento — in prospetto del resultamente ottenati nella clinica.... di Padova.....* etc. Padoue, 1826, in-8°.

(2) *Breve saggio sull' ottalmia, che negli anni* 1812-1823 *regno nel I R. reggimento italiano n°* 13 *d'infanterie Barone de Wimpfen ; compilato dal Dr Rosas*, etc., *di Vienna.* — Venise, 1824. Voyez une critique de ce travail dans le *Kritisches Repertorium für die gesammte Heilkunde*, par Rust, neue Band, page 438 à 471.

dans un mémoire, prétendit que l'ophthalmie deWimpfen n'était pas contagieuse, ne pouvait par conséquent pas avoir été importée par les Italiens, ni avoir une origine égyptienne? Tout ce que nous pouvons dire, c'est que de l'examen des travaux de Rumpf, de Brera et de Rosas, il est résulté la conviction pour nous, que les premiers connaissaient parfaitement l'ophthalmie, l'avaient étudiée sous toutes ses faces, et qu'ils ont tenu compte des écrits publiés antérieurement sur cette même maladie. Nous devons ajouter que chez Rosas nous n'avons pas trouvé tout cela.

Après le départ du 13e régiment baron de Wimpfen, Klagenfürt eut sa garnison renouvelée 8 fois jusqu'en 1833 : on n'observa, dit Eble, pendant ce temps et *proportionnellement*, que peu d'ophthalmiques. C'est ainsi que le bataillon Lattermann n'eut pendant l'espace de quatre ans que 52 ophthalmiques, et le régiment des frontières n'en avait jamais souffert épidémiquement, non plus que le 2e bataillon Peterwardeiner. En 1833, la maladie se montra épidémiquement dans ces troupes, sans cependant avoir la gravité de 1823. Eble fait observer que, cette fois, il n'y avait pas d'Italiens; qu'il n'y avait pas eu de rapports entre le régiment deWimpfen et les soldats de la garnison actuelle, et que les garçons de la maison d'éducation en restèrent exempts ; enfin, qu'il n'existait aucune espèce de connexion entre l'ophthalmie de 1823 et celle de 1833. Par conséquent, selon lui, le mal ne pouvait venir d'Égypte, ni du régiment de Wimpfen, mais devait être attribué à une certaine constitution de l'armée, aux dispositions vicieuses du service; et ce qui le prouve, dit-il, c'est qu'à cette époque beaucoup de gens dans le civil, nommément des campagnards du district de Klagenfürt, souffrirent simultanément du même mal d'yeux, de même que dans toute la Carinthie, où le mal est devenu en quelque sorte endémique (1).

Dans cette nouvelle épidémie, moins grave que la première, il y eut un mouvement de 946 ophthalmiques, dont 100 atteints de blennorrhées aiguës. Les deux bataillons du régiment des frontières Peterwardeiner, forts de 1,238 hommes, eurent 902 ophthalmiques; le régiment de pupilles (*Gradiscannerregiment*) n'en eut que 13, et le bataillon du 7e d'infanterie n'en eut aussi que 13. La maladie ne sévit épidémiquement que de juillet jusqu'en décembre 1833, et fut à son apogée en octobre. Cependant la maladie existait déjà dans le régi-

(1) Eble, *Die sogenannte contagiöse oder ägyptische Augenentzündung*. § 17.

ment antérieurement, puisqu'à dater de janvier jusqu'à la fin de juin de cette même année, le premier des corps que nous venons de nommer avait déjà eu 120 ophthalmiques. Ce fut surtout dans le bataillon occupant la caserne des Orphelins que la maladie fit des ravages, et elle s'y montra à l'état épidémique peu de temps après son arrivée dans cette caserne, qui avait été préalablement fumigée et blanchie. Une partie de ce régiment ayant été envoyée à Judenburg y souffrit aussi du mal d'yeux (Eble).

Nous pensons que l'étiologie de cette épidémie ophthalmique, telle qu'elle a été indiquée par Eble, n'est point la véritable. Et cette circonstance même, que l'épidémie fut communiquée aux habitants du pays par les soldats du régiment de Wimpfen dans leurs nombreux rapports avec ces habitants, où, à chaque instant, ils furent envoyés comme garnisaires (Rumpf, Werneck et Eblé lui-même); et cette coïncidence d'une ophthalmie de même nature et à l'état épidémique chez les habitants au moment même où elle sévissait dans les troupes de la garnison, ne nous autorisent-t-elles pas suffisamment à croire que les habitants ont communiqué leur mal aux soldats, rendant ainsi à l'armée ce qu'ils avaient reçu de l'armée; fait qui depuis lors a été maintes fois constaté en Belgique et en Prusse? Ne faut-il pas rejeter ici l'influence locale si facilement admise par Eble?— Sans aucun doute.

N'oublions cependant pas de noter que si jusqu'alors le régiment Peterwardeiner n'avait jamais souffert de l'ophthalmie épidémiquement, il pouvait en avoir souffert sporadiquement; et ce qui le démontre, c'est qu'avant l'épidémie, et en 6 mois de temps, il avait présenté 120 ophthalmiques, nombre bien élevé quand on songe qu'à cette époque les cas légers n'étaient point comptés. Ce régiment a dû, avant 1833, avoir des communications soit avec les Italiens, soit avec les garnisons italiennes où l'ophthalmie, au rapport de nos médecins voyageurs, est très-généralement répandue. Nous verrons en effet, dans les paragraphes suivants, que le régiment Peterwardeiner a eu des rapports très-intimes avec les Italiens.

Du reste, les régiments que nous venons de citer ne furent pas les seuls qui en souffrirent; — tous les régiments italiens étaient plus ou moins dans ce cas. Un ancien médecin militaire de l'armée autrichienne en Italie, et qui y a connu Eble et Müller, M. le docteur Kempen (d'Arlon), médecin qui connaît parfaitement notre mal d'yeux, nous a rapporté qu'en 1814 il a vu l'ophthalmie régner épidémiquement et d'une manière très-grave dans les hussards de Frimont

à Turin, dans les *deutsche Meisters* et dans les grenadiers hongrois à Milan. Les premiers en souffraient très-gravement, mais les cas n'étaient pas aussi nombreux ; les seconds en souffraient davantage, mais pas avec autant de gravité. Portal (de Palerme), nous apprend, de son côté, que lorsque l'armée autrichienne arriva dans le royaume de Naples, elle avait de nombreux ophthalmiques, et que, dès 1819, le régiment dit du baron de Frimont, qui en 1821 vint à Palerme, avait beaucoup souffert de l'ophthalmie en Hongrie.

Les provinces autrichiennes voisines de l'ancien royaume d'Italie doivent être infectées par cette inflammation purulente ; — les contacts fréquemment répétés, que nous constatons ici, entre les troupes italiennes et les pays limitrophes de l'ancien royaume d'Italie nous conduisent à cette conséquence. On sait que Venise, l'Istrie, la Dalmatie, échurent au royaume d'Italie en décembre 1805 ; en 1809, on détacha du royaume d'Italie, l'Istrie et la Dalmatie, pour les incorporer aux nouvelles provinces illyriennes cédées à la France par la paix de Vienne (1). En 1813, l'Illyrie était occupée par des régiments croates sous des chefs français, et il y avait à Florence, sous les ordres du général Garnier, un bataillon d'élite du 4e léger italien (2) ; le 25e leger était à Villach, et avant lui c'était la 28e demi-brigade. On voit dans les situations de cette époque que les Vélites royaux, les chasseurs à pied de la garde, l'infanterie de la garde, le 3e léger italien et le 4e se trouvaient en Dalmatie, tandis que les troupes dalmates au service de France étaient du côté de Padoue et de Mestre. Les diverses divisions italiennes défendirent l'Illyrie.

A Willach, le régiment Peterwardeiner eut 300 *hommes faits prisonniers par l'armée d'Italie ; ils étaient alors sous les ordres du général Frimont* (3).

En 1809, la division Severoli, qui commandait les Italiens de l'armée d'Italie, dut se porter sur Klagenfürth, et les 3e et 4e bataillons de l'armée de Dalmatie rejoignirent le maréchal Marmont, gouverneur de la Dalmatie (4). Le maréchal Marmont avait dans son corps d'armée de Dalmatie de l'artillerie et du train d'artillerie italiens que plus tard il restitua au vice roi (5),

(1 et 2) Le 3e léger italien a beaucoup souffert de l'ophthalmie pendant qu'il était était en Dalmatie où il se rencontra avec des troupes napolitaines. Nous tenons ce fait de M. le lieutenant M.....i qui a servi dans ce régiment et qui y a vu des ophthalmiques en grand nombre.

(3, 4 et 5) Voyez les ouvrages des généraux Pelet et Vaudoncourt.

ANNALES
D'OCULISTIQUE,

PUBLIÉES

PAR LE DOCTEUR **FLORENT CUNIER**,

MÉDECIN-OCULISTE, CHIRURGIEN DE L'INSTITUT OPHTHALMIQUE DE BRUXELLES, ANCIEN MÉDECIN MILITAIRE, MEMBRE DES ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS DE MÉDECINE D'AMSTERDAM, ANGERS, ANVERS, BADEN, BARCELONE, BERLIN, BORDEAUX, BRUGES, BRUXELLES, COPENHAGUE, COROGNE, DRESDE, ERLANGEN, GAND, HALLE, HAMBOURG, HEIDELBERG, HOORN, LIÉGE, LISBONNE, LONDRES, LYON, MADRID, MALINES, MONS, MONTPELLIER, NANTES, NOUVELLE-ORLÉANS, PALMA DE MALLORCA, PARIS, PUERTO DE STA-MARIA, RIO-DE-JANEIRO, ROTTERDAM, SARRAGOSSE, STRASBOURG, VALENCE, VERVIERS, VIENNE, ETC.

Huitième Année.

TOME XIV.

3e SÉRIE. — TOME 2me.

BRUXELLES,
CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,
22, rue des Comédiens;
A PARIS,
Chez M. GERMER BAILLIÈRE, 17, rue de l'École-de-Médecine.

2me SEMESTRE 1845.

Si plus tard l'ophthalmie se montra dans d'autres régiments que ceux qui avaient fait la campagne d'Italie, ou qui étaient composés d'Italiens, il a fallu que des communications de ces corps les uns avec les autres vinssent donner lieu à cette extension. Nous avons vu que Brera prétendit que le régiment de Wimpfen communiqua son mal aux régiments avec lesquels il campa, ou fut en garnison.

Nous ne pouvons donc pas dire, avec Jüngken, que si l'ophthalmie n'a pas pris plus d'extension dans les armées autrichiennes, il faut l'attribuer à cette particularité, qu'elle a le plus longtemps conservé ses anciennes habitudes, sous le rapport du recrutement, de l'habillement, de la tactique et de l'ordre des marches, et à ce que les Autrichiens jouissent plus que dans toute autre armée de soins particuliers et d'aisance, qu'ils sont mieux habillés, ont un service plus léger, et se soignent eux-mêmes davantage pendant les marches, etc. (1). Ces circonstances sont évidemment propres à atténuer le mal et à diminuer ses ravages, mais ne peuvent, dans aucun cas, l'empêcher complètement.

L'ophthalmie s'est étendue aux populations. Rumpf rapporte le fait de communication qui suit : Un soldat du régiment de Wimpfen ayant contracté l'ophthalmie à Klagenfürt, en 1822, partit en septembre pour Judenburg en Styrie. Le 15 octobre, il fut à Villach, dans la Haute-Carinthie ; il y souffrit encore de l'ophthalmie, et fut, pour ce fait, isolé des autres. En novembre de la même année, le mal s'étant amélioré, il fut envoyé en qualité de garnisaire (Executionsmann) dans la seigneurie de Greifenburg, et fut logé le 18 chez un paysan de Nörenach. Il souffrait tellement de son ophthalmie, que son hôtesse s'intéressa à lui, jusqu'à lui faire faire des lotions avec le lait de son propre sein : il resta dans cette maison pendant 5 jours, et partit alors pour un autre village. Là, sa vue s'améliora, etc..... Après 12 jours d'absence, il retourna chez son paysan, ne souffrant plus de ses yeux, et eut avec le fils les rapports les plus intimes ; il en fut de même avec les autres membres de la famille...... Rappelé à Judenburg avec sa compagnie, on le trouva porteur de granulations, et il fut mis en traitement. En décembre, l'aîné des garçons du paysan, le camarade de jeux et de lit du soldat ophthalmique, avait déjà une ophthalmie blennorrhoïque des plus aiguës; ensuite ce fut le tour des six frères et sœurs, des parents et des do-

(1) *Lehre von den Augenkrankheiten* ; voyez aussi son mémoire français.

mestiques, et enfin des habitants des maisons voisines, dont les enfants surtout fréquentaient les premiers malades. Il y eut dans ces familles 1 aveugle, 1 borgne de l'œil droit et un autre de l'œil gauche.

Plus tard, les habitants de deux autres maisons à Nörenach souffrirent également du mal à un haut degré ; le nombre d'ophthalmiques fut porté dans cette commune à 68, et la maladie ne tarda pas à s'étendre dans les communes voisines (Rumpf).

Eble fait mention d'ophthalmies épidémiques dans des institutions de garçons à Krems, à Hermannstadt et à Prague, et cite l'épidémie d'ophthalmie observée à Krapika, dans une contrée montagneuse de la Croatie, qui se trouve au centre de Rohitsch, Warasdin et Agram. La maladie se montra en novembre 1836, et acquit sa plus grande intensité, comme épidémie, en 1837 ; elle disparut vers la fin de mars. 54 hommes en souffrirent, et tous appartenaient aux quatre localités de Chrett, Verbanecz, Töplicz et Nagy-Crpenye. Il y eut cinq aveugles et sept sujets portant des staphylômes à un seul œil.

Quoique depuis 20 ans il ne fût pas venu de troupes dans ces contrées, le médecin (*Physicus*) docteur Haslinger considéra la maladie comme contagieuse. Il observa que les individus absents contractèrent l'ophthalmie à leur retour, par suite de cohabitation avec leurs familles.

On a parlé d'ophthalmies endémiques, depuis le commencement du siècle (Beer et Rosas), dans les vallées montagneuses de la Carinthie, de la Styrie, de l'Illyrie et de Salzbourg, et principalement *chez les crétins de ces contrées*. Cette ophthalmie, que Beer a appelée *Augenliederdrüsenentzündung*, nous semble n'être qu'une ophthalmie scrofuleuse ; cependant il pourrait y avoir là de l'ophthalmie granuleuse, et nous ne serions nullement étonné d'apprendre que l'une s'y est entée sur l'autre. Ce qui nous le fait croire, c'est que cette ophthalmie existe dans des contrées qui ont été sans cesse parcourues par des troupes infectées d'ophthalmie, comme nous l'avons dit plus haut.

Ainsi, pour nous résumer, nous avons constaté :

1° Que l'armée autrichienne a reçu l'ophthalmie des Italiens ;

2° Qu'elle n'a continué à sévir que contre les régiments formés avec les anciens éléments italiens ;

3° Qu'elle a été communiquée aux régiments autrichiens du corps

d'armée d'Italie, par les Italiens auxquels ces régiments furent fréquemment mêlés et avec lesquels ils eurent de longs rapports;

4° Que ceux-là seuls dont les rapports avec les troupes infectées ont pu être constatés ont souffert de l'ophthalmie, et que les régiments et les corps d'armée qui évitèrent ces contacts furent à l'abri de la contagion;

5° Que dans cette absence de communications avec d'autres armées infectées consiste la prétendue énigme de la moindre extension de l'ophthalmie autrichienne, et qu'il ne faut point la chercher dans les raisons alléguées par Jüngken;

6° Que l'ophthalmie s'est étendue de l'Italie chez les habitants de la Carinthie, de la Styrie, de la Croatie, de la Dalmatie, et dans toutes les localités occupées par les régiments italiens malades, et qu'on ne la signale point dans des endroits plus éloignés où les Franco-Italiens ne pénétrèrent pas;

7° Enfin, que s'il y a eu doute sur l'étiologie de la maladie, cela n'a tenu qu'au défaut d'investigations de certains médecins et à l'ignorance complète de la littérature médicale ophthalmologique et de l'histoire des régiments autrichiens.

(La deuxième partie au prochain numéro.)

DES LUNETTES ET DES ÉTATS PATHOLOGIQUES CONSÉCUTIFS A LEUR USAGE IRRATIONNEL;

Par le docteur SICHEL.

Leçons cliniques recueillies par le docteur DENEUX.

(SUITE. *Voir notre dernier volume*, pp. 5-49-109-169.)

§ XXIV.—*D'une espèce d'amblyopie congénitale compliquée de presbytie et prise d'ordinaire pour un très-haut degré de myopie (amblyopie presbytique congénitale).* — On voit assez fréquemment des amblyopies congénitales produites tantôt par une asthénie primitive de la rétine, tantôt par une organisation défectueuse de cette membrane. Comme l'amblyopie simple, en général, cette espèce particulière est plus fréquente chez les presbytes. A cause de cette faiblesse congénitale, la presbytie ne se traduit pas ici par une vue longue, mais plutôt par une fatigue qui survient promptement pendant le travail sur des objets rapprochés, surtout lorsque ces objets sont de petite

dimension, et que la lumière est insuffisante. Les individus ainsi affectés ont besoin d'une clarté très-vive ; ils ne peuvent travailler à une lumière faible. Souvent ils éprouvent un certain degré de véritable héméralopie, et ont de la peine à se conduire au crépuscule et dans les endroits sombres. Dans ce cas, il existe quelquefois cette instabilité des yeux si fréquente dans les cécités congénitales, ou très-anciennes, qu'on a appelée *nystagmus du globe*, mais qui ici va rarement jusqu'à un mouvement oscillatoire très-prononcé. Sans avoir une portée visuelle très-longue, voyant au contraire moins de loin que la plupart des personnes qui les entourent, les malades se croient myopes. Toutefois ils voient mieux les gros objets modérément éloignés que les petits objets rapprochés, qu'ils ne peuvent pas regarder assidument sans ressentir bientôt une fatigue considérable. Ils lisent plus facilement un gros caractère qu'une impression plus petite. Toutes ces circonstances les portent peu à peu à approcher les yeux de l'objet de leur travail ; ils contractent ainsi à la longue un certain degré de myopie ; ce qui, à cette époque, rend très-difficile le diagnostic, surtout s'ils ont déjà pendant quelque temps fait usage de lunettes concaves. Jusqu'à cette époque, toutefois, les signes de l'affection que nous allons exposer sont assez marqués pour servir de base à un diagnostic positif.

Le myope, une fois qu'il a trouvé son point de vision distincte, peut travailler longtemps sans éprouver de la fatigue ; il voit nettement, même à une lumière faible. Les individus atteints de l'amblyopie dont nous parlons se fatiguent promptement au travail et ne peuvent s'y livrer qu'à une lumière très-vive. Dans le commencement de l'affection, ils voient mieux le même objet en l'éloignant un peu qu'en le rapprochant. Avec des verres concaves, même faibles, ils ne voient pas mieux de loin ; au contraire, les objets leur paraissent plus petits, peu distincts et confus. S'ils veulent se servir de ces mêmes verres pour travailler, tous les objets s'embrouillent ; ils éprouvent des éblouissements, du larmoiement, et une fatigue qui devient même douloureuse à la longue ; sensations qui les empêchent de voir et les forcent à suspendre momentanément leurs occupations. En revanche, ils travaillent mieux sans lunettes, en éloignant un peu les objets, ou avec des verres convexes avec lesquels ils n'ont pas besoin de les rapprocher beaucoup plus, et qui même, pour leur servir efficacement, doivent être d'une certaine force. Il serait dangereux toutefois de les leur accorder trop tôt, ou de permettre qu'ils usent de verres trop puissants : mieux vaut les en priver le plus

longtemps possible, comme nous le verrons plus tard. Ces lunettes ne donnent à leur vue ni la même netteté ni la même faculté de soutenir le travail prolongé, qu'elles procurent aux personnes simplement presbytes. Pour produire un changement bien appréciable dans le degré de la vision, elles doivent toujours être d'un numéro peu élevé, de manière à faire l'office de véritables verres grossissants comme dans les amblyopies, et non pas de simples verres à presbytie. Il se trouve même souvent que des enfants atteints de cette affection s'affaiblissent d'avantage la vue en adoptant pour leur usage ordinaire des lunettes convexes fortes d'une personne très-âgée de la famille, que le hasard leur a mises entre les mains et avec lesquelles ils travaillent plus facilement. C'est aussi par un semblable hasard qu'on découvre quelquefois qu'un enfant réputé myope ne l'est pas véritablement. On conçoit que, par une rare exception, une pareille amblyopie congénitale pourra exister sur un individu primitivement myope, qui néanmoins y verra plus nettement et plus longtemps pour travailler à l'aide de lunettes convexes, par la raison qu'elles lui grossiront les objets; mais il y aura toujours, pour assurer le diagnostic, la circonstance qu'avec ces verres il sera forcé d'approcher davantage les objets, et qu'avec des verres concaves assez forts non-seulement il verra mieux les grands objets distants, mais encore qu'ils lui permettront de lire en éloignant davantage le livre, pourvu qu'il ne se soit point encore servi trop longtemps de besicles convexes.

§ XXIV bis. — *Traitement de l'amblyopie congénitale presbytique.* — Comme dans la plupart des affections congénitales, une cure complète et radicale est impossible ici. On arrive cependant, dans la plupart des cas, si on est secondé par le patient et sa famille, à empêcher que l'affection ne fasse des progrès, et même à donner à la vue du malade assez de force et de stabilité pour le mettre à même de se livrer aux travaux les plus nécessaires.

Un point très-difficile, c'est d'obtenir du malade et de ses parents qu'il ne veuille pas trop tôt se servir de besicles. Ce sont d'ordinaire les verres concaves qu'on réclame à toute force; heureux même si le malade ne s'en est déjà servi lorsqu'il vient consulter ! Les a-t-il employés depuis longtemps, a-t-il usé d'un numéro fort, s'en est-il même servi pour lire et écrire, alors tout ce que l'on peut faire se réduit le plus souvent à le ramener à l'usage de verres plus faibles et à donner à sa vue un peu plus de force et de durée au travail; mais il reste myope, et ne peut se livrer à aucune occupation prolon-

gée et bien utile. C'est là un des cas dans lesquels la kopiopie, existant en apparence sur des myopes, peut avoir été guérie ou amendée par la myotomie, avec augmentation simultanée de la portée visuelle. L'usage habituel déjà prolongé de verres convexes forts rend également le pronostic très-fâcheux ; toutefois, quelque difficile qu'il soit d'en déshabituer un individu qui sans eux ne peut presque pas lire, on y arrivera encore, ou au moins on parviendra à y faire substituer des numéros beaucoup plus faibles, pourvu que l'individu affecté d'amblyopie ne se soit point encore servi de lunettes de cette espèce pour se conduire. Dans cette dernière hypothèse, tout est perdu presque aussi infailliblement que si le malade eût fait usage de verres concaves.

La première règle est donc d'obtenir qu'il se serve le plus tard possible de verres à foyer, n'importe de quelle espèce, pour le travail, et à plus forte raison pour se conduire. Il exercera beaucoup la vue de loin, et ne travaillera qu'autant que cela sera absolument indispensable, en observant toutes les règles données pour l'amblyopie presbytique ; seulement il les suivra bien plus longtemps et bien plus rigoureusement. Il aura surtout soin d'éloigner beaucoup les objets, en les plaçant à l'exacte limite de la vue distincte, et de travailler fort peu et par de très-petites fractions, comme pendant une minute seulement. De prime abord il faut faire comprendre aux parents qu'une guérison complète est impossible, et qu'une amélioration notable est bien plutôt l'affaire du temps et d'un exercice convenable et persévérant de la vision que d'un traitement médical. Les fomentations des yeux et du voisinage avec de l'eau fraiche et de l'eau-de-vie ; les liniments spiritueux, d'abord très-faibles, puis sagement gradués ; plus tard même, de petits vésicatoires volants promenés sur le front, les tempes et les pommettes, peuvent concourir utilement à fortifier la vue. S'il n'y a point de contre-indication particulière, on peut finalement tenter l'emploi endermique de très-faibles doses de strychnine. Souvent cette amblyopie existe sur des individus d'une constitution débile, nerveuse, lymphatique ou cachectique, qu'il convient de modifier par une nourriture succulente, par les excitants diffusibles non irritants, tels que la valériane, l'arnica, etc., par les bains froids, gélatineux, salins, ferrugineux, et par l'emploi interne des préparations anti-scrofuleuses, toniques et ferrugineuses. Une complication avec une congestion cérébro-oculaire chronique est beaucoup plus rare ; je l'ai pourtant plusieurs fois observée et combattue avec succès par un traitement antiphlogistique

et dérivatif modéré, qui doit s'arrêter au moment même de la cessation des symptômes congestifs, sous peine d'augmenter l'asthénie rétinienne.

Après s'être borné aussi longtemps que cela se pouvait au seul exercice rationnellement dirigé de l'organe de la vue et à l'usage des moyens indiqués, on peut avoir recours à des verres convexes. Ici encore la raison et l'expérience me forcent à regarder comme infiniment préférable de commencer par les verres les plus faibles qui donnent encore un résultat appréciable, mais qui doivent toujours être beaucoup plus forts que chez les individus simplement presbytes. Si, après quelque temps, ils ne donnent pas à la vue une force et une durée suffisantes pour le travail, on augmentera, mais lentement, la puissance des lunettes. On se gardera bien d'en accorder pour voir de loin; on aura également soin d'interdire l'usage habituel des verres plans et colorés, que malheureusement on recommande trop généralement, et dont l'action est pernicieuse, comme dans toute amblyopie asthénique. Ils ne peuvent être utiles qu'à la vive clarté, lorsqu'elle gêne et irrite le malade, et trouble la vue. Quant à l'usage de besicles convexes fortes dont le pouvoir serait successivement diminué, il me semble être indiqué seulement dans les cas où cette affection serait déjà presque arrivée au degré d'une véritable amaurose, et où, après un long repos, l'exercice prolongé des yeux non armés sur des objets distants et l'usage des moyens généraux, l'amélioration ne serait pas assez considérable pour mettre le malade en état de se servir utilement de lunettes convexes d'un numéro assez élevé. Dans ce cas, il faudrait souvent essayer de substituer d'autres verres plus faibles à ceux qu'on aurait choisis d'abord. A force d'en diminuer successivement la puissance, on pourra encore arriver quelquefois, non à une guérison, mais à une amélioration notable. Ce qui nous fait surtout préférer la méthode de l'augmentation lente de la courbure des verres, c'est l'observation suivante que nous avons souvent eu occasion de faire. Quand, par l'effet du hasard ou d'un conseil donné, des enfants affectés d'amblyopie presbytique congénitale ont fait usage de lunettes convexes trop fortes, les résultats sont moins fâcheux qu'après l'emploi de verres concaves; mais la faiblesse de la vue reste toujours très-considérable, et ils ne peuvent plus se passer de ces auxiliaires qui, au bout de quelque temps, ne rendent même plus les mêmes services. Après que les besicles ont été échangées plusieurs fois contre d'autres, on finit par n'en plus trouver de convenables et par être

forcé de renoncer à leur emploi. Il existe alors un état voisin de l'amaurose. L'important est donc de continuer le plus longtemps possible les exercices de la vision et le traitement général avant de recourir de nouveau aux lunettes, de les prendre faibles d'abord, ou, si exceptionnellement on les choisit plus puissantes, de ne les employer que quelques minutes à la fois, et d'essayer, au bout de plusieurs jours ou d'une à deux semaines au plus tard, de les échanger contre d'autres d'un numéro plus élevé.

Le traitement est encore plus difficile si des verres concaves ont déjà été employés. Lorsque, par l'habitude de trop rapprocher les objets et de se servir de verres concaves, on a laissé la myopie s'établir, alors, nous l'avons déjà dit, elle reste définitive. La même thérapeutique est encore indiquée ici, sauf l'usage des verres convexes. On pourra ainsi, avec beaucoup de persévérance, ramener le malade à l'usage de besicles concaves beaucoup plus faibles et donner plus de force à sa faculté visuelle.

La question de la profession à donner à des enfants atteints de cette amblyopie est d'une solution très-difficile, vu la faiblesse toujours considérable des organes de la vision ; le choix est bien borné, surtout lorsque la position pécuniaire exige que le malade puisse subvenir lui-même à ses besoins. La carrière des études, toutes les professions qui nécessitent la lecture ou l'écriture assidues, ou le travail persévérant sur de petits objets rapprochés, doivent promptement amener l'épuisement de l'organe visuel et la cécité. Il ne reste guère que l'état de commerçant ne s'occupant que de la vente (l'achat et la vérification d'étoffes même étant impossible sans fatigue), celui d'agriculteur, puis ceux de jardinier, de tonnelier, de forgeron, de charpentier ou de domestique. Pour les femmes, la difficulté est encore plus grande : elles ne peuvent que vaquer aux affaires du ménage, ou se placer comme domestiques ou femmes de chambre ; toute espèce de travail à l'aiguille leur est nuisible. Ce choix restreint embarrasse beaucoup le praticien.

De tout ce qui vient d'être dit, il s'ensuit que la myotomie rendra un signalé service dans l'amblyopie presbytique, si ses bons effets, comme il est probable, sont confirmés par l'expérience. Elle trouvera sa principale application dans cette maladie, surtout lorsque cette dernière est déjà accompagnée du raccourcissement du foyer visuel, ainsi que dans la myopie acquise, particulièrement quand à cette affection, qui fera le sujet du paragraphe suivant, se joint l'affaiblissement de la vision. Nous ne laisserons point passer l'occasion

d'employer cette méthode, occasion qui nous a manqué jusqu'ici, parce que les individus chez lesquels nous avions jugé l'opération opportune, ou n'ont pas voulu s'y décider, ou n'ont pas été assez longtemps soumis à notre observation. Malheureusement il est à craindre que souvent cette opération ne reste sans succès, lorsque la maladie, siégeant principalement dans la rétine, est très-avancée et déjà voisine de l'héméralopie ou même de l'amaurose. On peut au contraire en espérer un résultat satisfaisant toutes les fois que la part principale dans la production de cette amblyopie congénitale revient aux milieux réfringents et à l'appareil d'ajustement de la vue aux différentes distances. On ne devra pas, après avoir pratiqué cette opération, négliger l'observation des règles d'hygiène et, qu'on me permette une expression déjà employée par d'autres ophthalmologistes, de gymnastique oculaire.

§ XXIV. — *De quelques variétés et des complications de l'amblyopie presbytique congénitale.*— Les *variétés* de cette affection ne sont pas nombreuses. Ses degrés les moins avancés peuvent simuler une amblyopie presbytique simple et résister aux moyens ordinaires employés contre cette dernière.

L'amblyopie presbytique opiniâtre et rebelle au traitement sur des personnes très-peu avancées en âge est le plus souvent compliquée d'un certain degré d'amblyopie congénitale, ou au moins d'une faiblesse congénitale des yeux qui touche de près à l'amblyopie.

Il n'est pas rare de voir l'amblyopie presbytique congénitale n'affecter qu'un œil, ou au moins s'y fixer d'une manière plus spéciale. Il en peut résulter un strabisme et même une amaurose. C'est ici que l'emploi des verres convexes forts, d'après la méthode de M. Cunier, est très-utile. Nous reviendrons sur ce point dans le chapitre que nous aurons à consacrer à l'inégalité du foyer des deux yeux.

Complications. — Nous avons déjà parlé de la complication avec la congestion sanguine cérébro-oculaire. Il nous reste à dire que dans les cas où il existe en même temps des cicatrices de la cornée ou une cataracte capsulaire centrale, comme cela se voit souvent à la suite de l'ophthalmie des nouveau-nés, le trouble visuel en est notablement augmenté. Outre l'usage des moyens topiques contre les cicatrices cornéennes, que l'expérience a sanctionnés, on est forcé d'avoir recours à des verres plus forts ; ce qui rend cette complication extrêmement fâcheuse.

(La suite à un prochain numéro.)

NOTE POUR SERVIR AU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES CANCERS DE L'OEIL, AVEC L'HISTOIRE DE L'EXTIRPATION D'UN ENCÉPHALOÏDE PÉRISCLÉROTICAL ;

Recueillie dans le service de M. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon ; par M. E. Chappet.

Les tumeurs qui se développent dans un point quelconque de la cavité de l'orbite acquièrent, par leur voisinage avec l'organe de la vision, une importance qu'on ne retrouve pas toujours dans les tissus anormaux de même nature développés en d'autres points de la surface du corps. Le diagnostic de ces tumeurs, leur siége précis, et leurs rapports avec l'œil, doivent donc faire le sujet d'études sérieuses, puisque de cette connaissance peuvent dépendre la conservation ou la perte du plus important de nos sens.

Un cas de ce genre s'est présenté dernièrement dans le service de M. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, qui en a fait le sujet de plusieurs leçons de clinique chirurgicale.

Obs. — Une femme de 53 ans, née à Volognat (Ain), journalière, d'une constitution débilitée, a été reçue, au commencement de mai, à l'hôpital, salle Sainte-Marthe, n° 16. Elle présentait à l'œil droit une tumeur qui d'abord paraissait être une dégénérescence du globe oculaire. Cette tumeur, datant d'environ sept mois, était survenue sans cause appréciable : la malade assurait n'avoir reçu aucun coup sur l'œil ni sur les paupières. Au mois de décembre dernier, elle avait, dans son pays, consulté un médecin qui avait pratiqué la ligature de la tumeur. Cette ligature fut probablemeut peu serrée, car une constriction trop faible rend parfaitement compte des douleurs très-vives que la malade éprouva en ce point, douleurs qui ne lui permirent pas de laisser longtemps la ligature en place. Dès cette époque, l'accroissement de la tumeur fut rapide et accompagné d'hémorrhagies.

Quand cette femme est arrivée à l'hôpital, la tumeur, molle, saignante, était le siége de douleurs continues qui s'irradiaient profondément dans l'orbite. Le sommeil était perdu depuis quatre ou cinq mois, l'appétit considérablement diminué, et une céphalalgie s'ajoutait à ces fâcheux symptômes. Était-il permis d'espérer la disparition de la maladie par les seuls efforts de la nature? Pouvait-on compter sur une résolution spontanée de la tumeur par résorption de ses éléments, ou sur une gangrène ou une inflammation suppurative qui auraient détruit ou fondu son parenchyme? Non sans doute ; car, d'après les signes énumérés plus haut, nous avions

affaire à une tumeur de mauvaise nature, et l'on sait que dans ces cas de pareilles terminaisons sont rares, incomplètes ou funestes.

Restait à préciser la nature du mal. La surface étant congestionnée, rougeâtre, on pouvait pencher pour un fongus vasculaire; mais ce fait était susceptible d'une autre explication, puisque la tumeur était en partie ulcérée, en partie recouverte d'une muqueuse. Elle était rénitente comme le fongus vasculaire; mais quand on explore une tumeur placée sur un organe mobile et sphérique comme le globe de l'œil, il faut se méfier des mouvements qu'elle éprouve, mouvements qui, dans un grand nombre de cas, sont communiqués par les tissus sous-jacents, ou sont dus au glissement de la tumeur sur ces tissus. D'après ces signes, et surtout d'après l'existence de douleurs vives et continues, M. Pétrequin a diagnostiqué une masse primitivement fongueuse, et atteinte, à une époque indéterminée, de dégénérescence cancéreuse. Il n'a point cherché à reconnaître quelle était l'espèce particulière de cancer; car ici le point important de diagnostic pour le traitement était de constater une dégénérescence, quelle que fût d'ailleurs la nature de cette altération.

Siége.—La tumeur, placée à la partie supérieure du globe oculaire, se dirigeait obliquement en haut et en avant, et jouissait de tous les mouvements du globe de l'œil, qu'elle recouvrait en entier; ce qui pouvait, au premier abord, faire croire à un cancer de l'œil lui-même. Cependant, en la relevant, on distinguait cet organe, dans lequel la faculté visuelle n'était point abolie. La tumeur, en se développant, avait repoussé en tous sens la partie supérieure de la conjonctive et allongé la paupière de toute la largeur du cartilage tarse, qui était complètement retourné et déplacé en avant. En déprimant la masse fongueuse et en explorant les parties profondes de l'orbite, on reconnaissait qu'elles n'étaient point engorgées, et par conséquent qu'elles étaient saines.

A la suite de cet examen attentif, répété pendant plusieurs jours, M. Pétrequin a reconnu que la tumeur s'était développée sur la partie supérieure du globe oculaire, et que, vu son implantation peu profonde, on pouvait espérer, en l'extirpant, la conservation de l'œil et l'intégrité de ses fonctions.

Mais, en opérant, il y avait deux indications à remplir : 1° extirper la tumeur et toutes les parties dégénérées; 2° rétablir le cartilage tarse dans sa position normale, et restaurer la paupière. Pour arriver à ces résultats, M. Pétrequin a procédé de la manière suivante :

1° Il a commencé par agrandir la commissure externe, ainsi qu'il

le recommande dans son mémoire sur l'extirpation de l'œil (voyez *Annales d'Oculistique*, tome I, page 362); puis une incision faite au niveau du cartilage tarse renversé a circonscrit la tumeur par en haut; une autre incision l'a circonscrite par en bas, et la dissection en a été pratiquée. En relevant la paupière en haut, l'opérateur a pu reconnaître que la tumeur était implantée peu profondément dans l'orbite. Les fibres extrêmes du muscle droit supérieur se trouvant comprises dans la dégénérescence, celui-ci a été enlevé, et son action sera, sinon perdue, au moins diminuée. Il a été de même nécessaire d'enlever la partie la plus superficielle de la sclérotique, également dégénérée.

2° Il restait à restaurer la paupière dont les éléments étaient dédoublés. Le cartilage tarse renversé était trop grand, une bandelette de son bord, du côté de son insertion à l'aponévrose palpébrale, a été sectionnée, et on a ensuite pratiqué 2 points de suture dont les 2 anses, en se resserrant, tendaient à le ramener à sa position naturelle et à le mettre en rapport avec la paupière supérieure comme sa doublure normale. La paupière a été par ce moyen restaurée; mais tout d'abord sa forme ne lui a pas été intégralement rendue, puisque le cartilage tarse déformé avait à se mouler sur la face interne et concave de cet organe.

3° *Pansement.* — La dissection était allée au delà des racines du mal, la sclérotique était à nu dans le point d'insertion de la tumeur : on avait été obligé d'enlever un lambeau de la tunique albuginée; néanmoins, pour éviter toute chance de récidive, on a pris soin de cautériser le siége de la tumeur avec le nitrate d'argent. Afin que des adhérences ne pussent s'établir entre la paupière et la sclérotique, une mèche effilée de charpie a été glissée entre elles. On a appliqué par-dessus un pansement à plat.

Cette opération a été pratiquée le mardi 15 mai. La nuit suivante a été bonne; les douleurs presque nulles, la réaction fébrile très-peu intense. La malade est beaucoup plus calme qu'avant l'opération, et n'a pas eu d'hémorrhagie.

Autopsie de la tumeur. — La dissection de la tumeur a pleinement confirmé le diagnostic porté par M. Pétrequin. Elle présente tous les caractères d'un encéphaloïde au premier degré, c'est-à-dire non ramolli et ne contenant ni vaisseaux ni points ecchymosiques. La matière encéphaloïde est garnie extérieurement d'une enveloppe fibreuse qui est recouverte, à son tour, d'une muqueuse fongueuse et ulcérée en certains points. La tumeur présente un noyau arrondi

dont on pouvait distinguer l'origine, laquelle correspond à la sclérotique. De là elle paraît s'être étendue par des additions successivement agglomérées, de manière à former maintenant une masse homogène, dense, et dont la résistance était évidemment due aux mouvements de vacillation qu'elle éprouvait sur le globe oculaire. Les hémorrhagies s'expliquent non par la nature vasculaire de la tumeur, mais par la dégénérescence de la muqueuse qui lui servait d'enveloppe; circonstance à prendre en considération dans le diagnostic différentiel des tumeurs saignantes de l'œil.

Le 19. — La malade a été considérablement soulagée par l'opération; le sommeil et l'appétit ont reparu, la céphalalgie est presque calmée. En soulevant la paupière supérieure, on peut constater que la vue est conservée. La restauration du cartilage tarse s'est parfaitement maintenue. On enlève peu à peu les points de suture.

Le 11 juin. — La malade doit quitter aujourd'hui l'hôpital. Voici quels ont été les résultats du traitement : l'œil n'est point douloureux, la céphalalgie est nulle, toutes les fonctions générales s'exécutent très-bien. — Dans le lieu de l'opération, la plaie est complètement cicatrisée. La restauration du cartilage tarse s'est maintenue; mais la conjonctive palpébrale, boursoufflée et bosselée, a conservé en un point des adhérences avec la conjonctive oculaire. La face interne de la paupière supérieure et son bord libre ne présentent rien d'anormal; les mouvements de cet organe sont à peu près conservés, mais restent incomplets à cause du gonflement. L'œil présente un boursoufflement rougeâtre de la conjonctive; la cornée est un peu trouble, la pupille contractée et presque immobile. L'état de la vue s'est peu amélioré depuis l'opération. La malade peut compter ses doigts, et voit d'une manière confuse les lits placés en face d'elle. Le mouvement d'élévation de l'œil est le moins bien conservé; ce qui s'explique très-bien par les détails opératoires.

Dans cette observation, plusieurs circonstances peuvent être mises en relief. Le diagnostic du siége a fourni l'idée-mère de tout ce qui a été fait. On conçoit, en effet, que la chose capitale était le diagnostic différentiel du mode réel d'origine de la maladie. On a vu de quelle manière le chirurgien a pu établir que ce n'était point une dégénérescence du globe oculaire lui-même, mais une tumeur parasite développée sur la sclérotique, à la manière des champignons : dès lors on était arrêté sur l'origine de la maladie.

Quant à la question de nature, voici la marche que le professeur a suivie : il a d'abord recherché si c'était une dégénérescence maligne;

après avoir établi l'affirmative, il ne s'est point occupé de pousser plus loin la question de diagnostic de nature. Ainsi, il n'a point établi à quelle espèce de cancer on pouvait avoir affaire, si c'était un cancer, un encéphaloïde, etc. Certainement on aurait pu faire cette recherche; mais au point de vue essentiellement pratique, cette entreprise était inutile et superflue. Il suffisait de démontrer, comme on l'a fait, que la tumeur était de mauvaise nature, qu'elle ne pouvait point guérir spontanément, qu'il fallait absolument l'extirper, et même qu'il convenait d'y procéder le plus tôt possible afin de prévenir l'extension des racines du mal. L'autopsie a montré que la tumeur était encéphaloïde; mais c'eût été un squirrhe, un fongus, une tumeur fibreuse, etc., que la conduite à tenir aurait été la même.

BOURSE SYNOVIALE AU-DEVANT DU SAC LACRYMAL;

Par le docteur Hubert Rodrigues, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

Un homme, âgé de 70 ans, portant depuis de longues années une tumeur à la racine du nez, dans l'angle interne palpébral, mourut des suites d'une fracture du col du fémur. Une dissection attentive de la tumeur nous montra, au-dessous de la peau, quelques fibres musculaires pâles et écartées les unes des autres, appartenant au muscle orbiculaire, un sac olivaire distendu par un liquide, sa grosse extrémité située au-dessous du tendon de l'orbiculaire, sa petite extrémité soulevant ce tendon : le liquide contenu était une sérosité trouble. Ce kyste, ayant été vidé par sa face antérieure, semblait être le sac lacrymal lui-même; mais, par une expérience bien simple, il nous fut facile de nous assurer qu'il n'en tenait que la place et que le sac était bien conservé. Ainsi, ayant poussé avec force une injection d'eau par le canal nasal correspondant, le sac lacrymal se remplit et refoula en avant la paroi postérieure du kyste ouvert. Il y avait isolement complet du sac lacrymal et du kyste; leurs parois correspondantes étaient unies par un tissu cellulaire serré.

Ce fait, observé en 1833, fut communiqué à plusieurs de mes amis, et il en fut question dans une thèse soutenue à Montpellier. Je vous le signale, M. le rédacteur, parce que je lui crois une grande importance. Vous savez que Weller a appelé *hydropisie du sac*, la tumeur lacrymale qui semble formée par un kyste complet, la compression ne faisant refluer l'humeur qu'il contient ni par le nez, ni

par les points lacrymaux. Je crois que l'hydropisie du sac, c'est-à-dire la transformation du sac en un kyste imperforé contenant un liquide, est une maladie rare; mais ce que je crois plus fréquent, c'est la présence d'un kyste séreux entre la face antérieure du sac et le tendon réfléchi du muscle orbiculaire, kyste qui efface le sac par son développement. Je crois, en outre, que ce kyste n'est que l'expression pathologique d'une petite poche synoviale existant normalement entre la paroi fibreuse du sac et le muscle orbiculaire, au-dessous du tendon direct.

HISTOIRE DE L'OPÉRATION DU STRABISME.

Lettre de M. le docteur BASCHIERI, de Florence.

Nous avons avancé en 1840 (*Ann. d'Oc.*, vol. III, p. 122), que nous tenions de notre honorable ami, M. le docteur Baschieri, qu'un auteur italien avait conseillé avant M. Stromeyer la myotomie oculaire comme moyen de remédier au strabisme. La réclamation suivante, portant la date du 20 novembre 1843, nous est parvenue ces jours derniers, et nous nous empressons de la publier. Elle ne change rien, quant au fond, aux réflexions publiées dans notre livraison de décembre dernier.

Mon cher Cunier,

« Depuis la fin de 1838, je me trouve en Italie; mais il n'y a que « deux ans que j'habite la belle Florence......

« Il y a déjà longtemps que j'ai vu mon nom dans votre ouvrage « sur la myotomie appliquée à la cure du strabisme. Je vous remer- « cie de votre bon souvenir. Mais vous vous rappellerez peut-être « que je vous ai présenté comme mienne l'idée de diviser le muscle « pour guérir le strabisme, et c'est par erreur que vous avez cru « que je vous avais dit l'avoir trouvée dans un auteur italien. . . « . . . .

« Florence, le 20 novembre 1843.

« ANTOINE BASCHIERI. »

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

Dublin medical Press.

Rétinite aiguë occasionnée par l'usage du microscope; par M. W. Cooper. — Un homme connu par sa grande entente dans les recherches microscopiques les plus difficiles, disséquait, en mars 1844, les nerfs de la langue, sous un grossissement très-grand, exposé aux rayons du soleil, qui perçaient seulement de temps à autre à travers les nuages. Les nerfs isolés avaient une blancheur éblouissante. Tout à coup, les nuages disparurent et le soleil apparut dans tout son éclat; l'investigateur ressentit au même instant dans l'œil une douleur tellement aiguë qu'il se jeta en arrière en poussant un cri. Il interrompit son travail : pendant plusieurs minutes, la vue de cet œil resta nulle, l'impression de l'image solaire persistant, bien que les paupières fussent closes. Vingt minutes plus tard, il se remit à disséquer, mais cette fois en se servant de l'autre œil. — Le lendemain, la douleur avait cessé : il se servit de nouveau de l'œil qui avait été affecté. Mais un rayon de soleil vint cette fois encore le frapper et provoquer une douleur beaucoup plus violente qui se prolongea durant la soirée et la nuit. — Le jour suivant, les symptômes s'étaient aggravés : il y avait photophobie, épiphora, contraction pupillaire, sentiment de plénitude du globe, conjonctive injectée, pouls faible; le moral était abattu. Dès que les paupières étaient entr'ouvertes, le spectre lumineux apparaissait. — Les applications froides restèrent sans résultat. M. Cooper fit alors placer le malade dans une chambre obscure, et prescrivit, avec des pilules purgatives, une application de 12 sangsues autour de l'œil. — Il se manifesta de l'amélioration le troisième jour. — Onguent mercuriel opiacé en frictions sur le sourcil. Calomel et ciguë à l'intérieur; de temps en temps une dose d'émétique. — Le mercure fut continué. — Ce ne fut qu'après une semaine que le malade put se servir de l'œil affecté,

— Cette observation « sera, comme l'a dit *La Gazette*, un avertissement très-utile pour ceux de nos confrères qui se livrent avec une ardeur exagérée aux recherches microscopiques, ou qui font usage d'instruments d'une force trop considérable. » Le fait rapporté par M. Cooper est aussi très-intéressant au point de vue clinique : la rétinite aiguë, et non accompagnée d'inflammation d'autres par-

ties du globe, est une maladie excessivement rare. M. Sichel (*Traité*, p. 157) n'a pas eu l'occasion de l'observer; M. Cunier en rapporte un exemple dans les *Annales de la Société de médecine de Gand* (voir *Annales d'Oculistique*, 1er vol. supp., p. 48). Dans ce dernier cas, le mal avait une gravité plus prononcée que chez le malade de M. Cunier. La saignée, les onctions mercurielles belladonées, les pédiluves sinapisés, les vésicatoires, l'émétique à haute dose; tels sont les moyens qui furent mis en usage par M. Cunier. M. Cooper a négligé de recourir aux révulsifs, et c'est là une faute dans une affection aussi grave et ayant une si grande tendance à se propager au cerveau. L'état du pouls (*faible*) ne lui a pas permis de recourir à la saignée.— Pour ce qui est des mercuriaux, ils ont été donnés pour prévenir la suppuration; ils sont surtout indiqués dans la rétinite traumatique. — On aura remarqué que la pupille était contractée; c'est ce qu'ont noté Beer et M. Cunier dans l'observation ci-dessus citée. On conçoit que cette contraction doit exister; cependant M. Lawrence (*Treatise of the diseases of the Eye*) a rencontré un cas dans lequel la pupille était *un peu dilatée* : dans une observation recueillie par M. O'Beirne et consignée dans le *Dublin Journal of the medical Sciences* (voir *Annales d'Oculistique*, 1er vol. supp., p. 49), la pupille était *immobile* et *très-dilatée*.— Le pronostic de la rétinite aiguë est toujours très-fâcheux : l'inflammation peut se propager le long des nerfs optiques jusqu'aux méninges et au cerveau. Cette complication est plus fréquente qu'on ne le pense (Sichel, Cunier); d'où des amauroses, la mort même. Le pronostic est d'autant plus fâcheux que la pupille est plus contractée, que la vision est plus amoindrie. Dans les observations de MM. Cooper et Cunier, la vision était éteinte : ce sont les deux seuls cas connus dans lesquels une terminaison entièrement favorable ait eu lieu, et il faut rapporter cette terminaison autant à l'énergie thérapeutique employée, qu'à la circonstance que les soins ont pu être donnés dès l'invasion du mal. Beer, le seul qui ait vu la vision se rétablir, chez deux malades, quand les symptômes inflammatoires furent enrayés (voir Mackenzie, *Traité pratique*, p. 402), dit que pendant toute la vie « il resta une « grande faiblesse dans la vue, et que les malades ne lisaient qu'avec « peine de gros caractères et ne pouvaient pas lire du tout un ca- « ractère fin. »—M. Cooper n'a point fait usage de la belladone; il a commis en cela une grande imprudence : l'affection était très-évidemment limitée à la rétine, il est vrai; mais les autres membranes pouvaient d'un instant à l'autre prendre part au trouble, et une oc-

clusion pupillaire serait évidemment survenue. Cette terminaison de la rétinite aiguë est trop commune pour qu'il soit permis de la perdre de vue.

Examen microscopique d'un cristallin opaque; par Vogel, de Gottingen. — La lentille examinée avait été extraite de l'œil d'un homme avancé en âge, atteint d'une cataracte complète : le cristallin était tout à fait opaque, d'une couleur rougeâtre ou rouge-brunâtre. Des portions de la surface de la lentille, examinées sous le microscope, présentaient les restes des fibres prismatiques propres à la lentille : elles étaient claires, transparentes et dans leur état tout à fait normal. En endommageant ces fibres, on trouva dans leurs interstices un grand nombre de petits grains, très-obscurs, ayant un mouvement moléculaire fort distinct. C'étaient probablement des grains du pigment noir, adhérant accidentellement aux fibres.

On coupa des tranches de la lentille, d'avant en arrière, et parallèlement à l'axe, afin de découvrir le siége de l'opacité. Les prismes des couches périphériques se dessinèrent parfaitement claires et incolores sous le microscope; tandis que ces prismes devenaient de plus en plus obscurs vers le milieu de la lentille. Ils avaient un aspect granuleux et présentaient un grand nombre de stries longitudinales, opaques et presque toutes parallèles. Il paraît, d'après cela, que les fibres prismatiques de la substance de la lentille étaient devenues elles-mêmes opaques et obscures. On voyait tous les états intermédiaires entre la clarté et la transparence parfaite des fibres de la marge du cristallin, et l'obscurité et l'opacité vers le centre.

Un examen microscopique de plusieurs autres lentilles opaques a donné absolument les mêmes résultats. Les fibres prismatiques ont paru invariablement troubles dans la substance de la lentille. On n'a jamais trouvé de substance étrangère opaque déposée entre les fibres. On peut dire qu'en règle, l'opacité des différentes fibres se développait uniformément sur la plus grande étendue de la même fibre, autant qu'on pouvait la suivre sous le microscope, mais que le plus ou le moins d'opacité variait beaucoup ; de manière qu'on pouvait toujours observer tous les degrés entre les fibres tout à fait transparentes et celles qui étaient complètement opaques. Dans tous les cas, l'opacité était la plus forte vers le centre, et elle diminuait graduellement vers la circonférence. (N° du 14 mai 1845).

Deux cas de formation de pupille artificielle, avec la description d'un nouvel instrument pour couper et détacher l'iris; par

W. R. Beaumont, professeur de chirurgie à l'Université du collége royal à Foronte, Haut-Canada. — L'auteur, en communiquant ces cas à la Société royale de médecine et de chirurgie de Dublin, a eu pour but de faire connaître à la compagnie un *forceps* de son invention pour couper l'iris et pour détacher son bord ciliaire du corps de ce nom, ou pour attirer quelque portion de l'iris à travers la plaie de la cornée. Après avoir fait connaître les instruments usités dans ces opérations, et surtout les crochets fins, recommandés par M. Lawrence, il fait remarquer que le crochet déchire quelquefois l'iris au lieu de le détacher, tandis qu'en se servant de son forceps il est impossible de déchirer cette membrane sans l'attirer au dehors, et il n'a jamais manqué de saisir l'iris du premier coup et de le serrer jusqu'au bord ciliaire. Le crochet pourrait même blesser la capsule lenticulaire en transperçant l'iris. Les dents du forceps sont trop courtes, et elles sont dirigées d'une telle manière qu'elles doivent entrer obliquement dans l'iris. Quand les branches sont fermées, la pointe est tout à fait lisse, puisque les dents sont alors cachées : de cette manière, l'instrument peut être introduit dans la chambre antérieure sans qu'on ait à craindre de léser aucune autre partie que la portion d'iris que l'opérateur veut enlever. Après avoir donné les directions et le mode dans lequel l'instrument doit être employé, l'auteur termine sa communication en décrivant deux cas. Dans l'un, il s'agissait d'un leucoma avec contraction et adhérence de la pupille : il pratiqua la pupille artificielle en détachant l'iris du ligament ciliaire. La vision se rétablit graduellement, de manière que l'individu put désormais subsister du produit de son travail, tandis qu'avant l'opération il distinguait simplement la lumière de l'obscurité. Dans le deuxième cas, il avait affaire à un leucoma central de l'œil droit ; la pupille était allongée vers la tempe à la suite d'une opération antérieure de pupille artificielle. On forma une pupille artificielle en détachant l'iris de la partie supérieure du ligament ciliaire et en excisant une partie de la portion détachée. La vue était tellement bonne après cette opération, que le malade sut lire de grands caractères et aiguiser sa scie. (N° du 28 mai 1845).

Je ne mentionnerai pas les objections faites par M. Hawkins à l'emploi de cet instrument dont les deux faits cités ne lui semblent nullement établir la valeur. Les détails que fournit le journal irlandais ne permettent en aucune façon de se former une idée exacte du forceps de M. Beaumont.

Dr Bastings.

Provincial medical und surgical Journal.

Des granulations de la conjonctive; par M. E. Hocken.— L'auteur divise les granulations en aiguës et en chroniques; il leur reconnait pour causes l'ophthalmo-blennorrhée, les inflammations dues à des causes mécaniques. —On voit, dans tout le cours de son travail, qu'il n'a pris connaissance ni du traité d'Eble, ni des recherches des médecins belges sur la matière. — Le traitement de la forme aiguë doit consister, d'après M. H., en des applications de ventouses, de sangsues, en des scarifications de la conjonctive, l'excision des granulations ; à l'intérieur, il donne le calomel jusqu'à prodromes de salivation. Dans la forme chronique, il a recours aux scarifications, à l'acétate de plomb liquide, à l'alun, au laudanum, au sulfate de cuivre, etc. M. H. ne dit mot de l'emploi du nitrate d'argent, soit en substance, soit en solution.

London medical Gazette.

Éruption syphilitique cuivrée siégeant dans la conjonctive; par le docteur A. Smee. — Une femme mariée portait un petit ulcère à l'angle des paupières. A l'aspect qu'il présentait, M. Smee reconnut son caractère spécifique; il apprit d'ailleurs que le mari et la femme avaient été atteints, trois ans auparavant, de syphilis. De nombreuses taches cuivrées existaient sur la peau au moment où la femme se présenta; elle en prit si peu de soin, qu'elle cessa de se présenter dès que l'ulcération fut guérie.— Peu de temps après, elle revint. En examinant la conjonctive, M. Smee trouva sur cette membrane, au-dessous de la cornée, une tache un peu moins grande qu'une pièce d'un penny. Elle paraissait être constituée par la conjonctive tuméfiée dans ce point; la surface de cette membrane paraissait évidemment être élevée en cet endroit, et sa coloration y était changée de telle façon qu'elle offrait une teinte cuivrée analogue, quoique beaucoup moins foncée, à celle des taches de la peau. Cette partie de la conjonctive n'était pas absolument opaque, mais demi-transparente ; elle faisait supposer qu'il y avait là augmentation de volume de la membrane. Elle ne présentait aucune vascularisation anormale. La teinte cuivrée ne tenait donc pas à l'état de la circulation, mais à la maculation syphilitique même.— La cure antivénérienne fut tentée par le tartre stibié; aucun résultat n'ayant été obtenu, l'iodure de potassium fut donné à la dose de 4 grains, trois fois par jour. — Les taches de la peau et la maculature conjonctivale disparurent alors.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Archives générales de Médecine.

Note sur le passage du cristallin dans la chambre antérieure pendant l'opération de la cataracte par abaissement ; par M. Debrou. — L'auteur trouve que cet accident est fait pour embarrasser le chirurgien. Il y a, selon lui, tant de divergence, de telles contradictions entre les auteurs dans les préceptes qu'ils donnent, que le jeune praticien est bien excusable de rester incertain. M. Debrou trouve que l'une des causes qui expliquent ces dissidences est le petit nombre de faits de ce genre observés, puis et surtout la différence tranchée qui existe, selon les cas, pour les dangers que produit cet accident : tantôt le cristallin abandonné dans la chambre antérieure se résorbe sans susciter aucune inflammation ; tantôt il devient au contraire le point de départ des accidents les plus formidables. — Pour faire cesser les *incertitudes*, M. Debrou pose les règles suivantes :

« Il est toujours préférable de chercher *à repêcher*, comme l'a fait Dupuytren, le cristallin à travers la pupille avec l'aiguille, et une fois ramené dans la chambre postérieure, de terminer l'opération en l'y abaissant ainsi qu'à l'ordinaire.

» Si cette pratique n'est pas réalisable, il y a un choix à faire entre l'extraction du cristallin par une incision à la cornée, ou son abandon dans la chambre antérieure. Le premier parti sera adopté si la lentille est dure ; car il y aurait alors moins de chances de la voir se résorber et plus de probabilité qu'elle causera une inflammation consécutive. Des considérations inverses détermineraient le praticien à laisser dans la chambre antérieure tout ce qui lui *aurait paru* assez mou *pour qu'on pût présager l'innocuité de son contact* et sa facile résorption. Seulement, dans le cas où l'on se déciderait à l'extraction, il faudrait la pratiquer immédiatement et avant que l'inflammation oculaire établie vînt rendre cette opération plus dangereuse. »

Gazette médicale de Paris.

De l'aptitude de l'œil à s'approprier à la vision distincte des objets placés à différentes distances ; par M. de Haldat. — M. de Haldat a adressé, le 26 mai, à l'Académie des sciences de Paris, quelques nouvelles observations sur la théorie de la vision, en réponse à une opinion récemment émise par M. Forbes, d'Édimbourg. — M. Forbes,

cherchant à expliquer l'aptitude que l'œil possède à s'approprier à la vision distincte des objets placés à différentes distances, l'attribue à un changement qu'opérerait dans la forme du cristallin l'action des muscles moteurs du globe de l'œil. La compression exercée par ces muscles serait, suivant cet auteur, transmise au cristallin par l'intermédiaire des fluides qui l'entourent. — M. de Haldat fait observer que la force attribuée ici aux muscles n'est ni admise ni admissible, à raison de leur peu de masse et de volume, et de la disposition désavantageuse de leurs insertions. L'explication de M. Forbes serait réfutée d'ailleurs par le fait de l'invariabilité de la forme de la cornée, fait qui a été établi par Young et confirmé par les nouvelles preuves qu'en a données M. de Haldat lui-même. Il a voulu néanmoins en démontrer le peu de fondement par une expérience directe. Voici comment il y a procédé :

A l'aide d'un appareil particulier, il a soumis un œil de mouton à une pression transmise par un liquide et bien supérieure à celle que peuvent exercer les muscles oculaires. Cet œil avait été préalablement ouvert au centre de son hémisphère postérieur et muni d'un verre de montre, légèrement graissé, pour suppléer à la rétine qui avait été enlevée. Quelle que fût la pression qu'on produisit à l'aide d'un piston, on n'observait nul changement dans la pureté de l'image ; d'où M. de Haldat conclut qu'une compression bien supérieure à celle que pourraient exercer les muscles de l'œil n'influe en rien sur la forme du cristallin. Comment dès lors, ajoute-t-il, pourrait-on admettre l'hypothèse de M. Forbes ?

Abaissement en masse du cristallin et de sa capsule ; par le docteur Tavignot. — Nous reproduisons, sans le moindre commentaire, l'analyse suivante d'une note adressée par M. Tavignot à l'Académie royale des sciences de Paris (séance du 7 juillet), sur un *nouveau procédé propre à prévenir la formation de cataractes secondaires* :

« La cataracte secondaire n'est à craindre, suivant lui, que lorsque le cristallin seul est opaque au moment de l'opération, parce qu'alors la capsule antérieure, ménagée à cause de la conservation de sa transparence, peut s'enflammer et donner naissance à une nouvelle cataracte ; tandis que cet accident n'est pas à craindre lorsque la capsule postérieure seule est ménagée, parce que celle-ci ne s'opacifie que très-rarement. L'indication propre à prévenir la formation de la cataracte secondaire consiste, en conséquence, à détruire dans tous les cas la capsule antérieure par une déchirure très-étendue, en

même temps qu'on déplace le cristallin. M. Tavignot a imaginé à cet effet un instrument qui remplit cette double indication, et qui consiste en une petite plaque de la forme et de l'étendue de l'ouverture pupillaire dans un état moyen de dilatation. Cette plaque est pourvue d'un pédicule de 2 centimètres de longueur, qui la fixe à angle droit sur une tige métallique, comme celle qui supporte une aiguille à cataracte ordinaire. Une incision de 5 à 6 ou 7 millimètres est pratiquée au côté externe de la circonférence de la cornée : une fois l'humeur aqueuse évacuée, on retire par cette ouverture l'instrument tenu de manière à ce que l'extrémité libre de la plaque regarde en haut. Cette plaque est dirigée ensuite jusqu'au niveau de l'ouverture pupillaire préalablement dilatée par la belladone; elle atteint la capsule antérieure : alors il faut imprimer au manche de l'instrument un mouvement de rotation d'avant en arrière, de telle sorte que la plaque qui regardait en haut devienne horizontale, puis regarde en bas. *L'abaissement est ainsi pratiqué en masse.* L'instrument est ensuite retiré dans la position où il se trouve en dernier lieu, et en exécutant une manœuvre inverse de celle qui a servi à son introduction. »

Journal des Connaissances médico-chirurgicales.

Opération de la cataracte sur un œil, sans attendre que l'autre œil soit affecté. — M. le docteur A. G. publie quelques propositions cliniques, parmi lesquelles nous remarquons la suivante : « *Un malade n'est cataracté que d'un côté, on l'opère. Il guérit : il n'y a point de strabisme, point de désaccord entre les fonctions des deux organes. — Ce fait est acquis à la science par l'observateur consciencieux ; les exemples en sont nombreux. — Nous entendons pourtant répéter sans cesse :* Attendez la cataracte double pour opérer.— *C'est que la routine est toujours la règle du plus grand nombre.* »

JOURNAUX ITALIENS.

Memoriale della Medicina contemporanea.

Considérations physiologiques et pathologiques qui démontrent les mouvements du cristallin et prouvent qu'ils sont la cause essentielle de la vision distincte à différentes distances ; par le docteur Fario. — Nous ne connaissons ce travail que par son titre, le cahier du *Memoriale* où il est inséré ne nous étant pas parvenu. Ce qui en a

été dit nous fait vivement désirer de pouvoir en donner une analyse dans les *Annales d'Oculistique*. L'opinion de M. Fario semble concorder avec celle de Hueck (*Ueber die Bewegung der Krystallinse;* Leipzig u. Dorpat, 1841).

Giornale delle Scienze mediche di Torino.

Du strabisme artificiel; par M. le docteur Sperino. — Le strabisme artificiel, recommandé par M. Cunier (*Ann. d'Oculist.*, vol. V, pp. 176, 200 et 277) comme pouvant remplacer la pupille artificielle dans certains cas d'albugo central, institué d'abord par cet oculiste, a été bientôt mis en pratique par M. Pétrequin, de Lyon (*Ann. d'Oculist.*, vol. V, p. 277), Serre, de Montpellier, (*Ibid.*, 3e vol. suppl., p. 122). Depuis lors, MM. Dieffenbach et Rosas ont eu recours à cette opération. M. Sperino nous apprend qu'elle a aussi été accueillie avec faveur en Italie; il l'a lui-même mise en usage avec succès dans trois cas. La première fois, il a divisé le droit supérieur et la capsule aponévrotique, et a fait loucher en bas, la vision ne pouvant être rétablie qu'à travers le segment supérieur de la cornée; chez un second malade, il a sectionné le droit interne; chez le troisième, le droit externe. Ses trois opérés ont récupéré un degré convenable de vision.

Histoire d'une amaurose; par M. Cattaneo. — L'amaurose était complète à droite, incomplète à gauche; elle était de nature congestive. Il a été pratiqué plusieurs saignées locales et générales, puis l'émétique a été administré à la dose de 1/4 gr. toutes les deux heures, durant huit jours. Les symptômes de congestion se sont promptement amendés; une guérison complète a pu être obtenue.

Annali universali di Medicina.

Doutes sur la guérison de l'entropion par la myotomie sous-cutanée; par le docteur Malago.— Les faits cités par M. Cunier d'abord, puis par M. Pétrequin (*Ann. d'Oc.*, vol. V, pp. 44-102-264), ceux de MM. Neumann, Black, Cappelletti, etc., prouvent que cette opération n'est pas applicable à tous les cas d'entropion. C'est ce qu'a perdu de vue M. Malago, qui, dans ses considérations thérapeutiques, ne rencontre aucune des indications posées pour cette opération tant par M. Cunier que par M. Pétrequin. M. Malago donne comme sien

le procédé de M. Velpeau, qui consiste dans l'excision d'un lambeau cutané palpébral, les fils à suture étant préalablement placés; ce procédé suffit, selon lui, dans tous les cas. Il eût mieux fait de dire : a suffi dans les cas *qu'il a rencontrés*; car certes il est des introversions qui ne céderaient pas à ce moyen, et c'est précisément parmi celles-là que l'on en rencontre qui réclament la myotomie.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Mémoires et observations cliniques de médecine et de chirurgie, par L. Morand, docteur en médecine de la Faculté de Paris, président de la Société médicale d'Indre-et-Loire, médecin-adjoint de l'Hôpital-Général de Tours, professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de la même ville, médecin et l'un des fondateurs de la colonie agricole de Mettray, etc. Tours, 1844; 8', pp. XII-258, avec deux planches.

En rendant compte dans ce journal, il y a quelques jours (février 1845), du mémoire de M. le docteur Pamard (d'Avignon), sur l'iritis, je félicitais et remerciais cet auteur de l'heureuse idée qui l'avait porté à réunir dans un seul corps d'ouvrage plusieurs de ses travaux épars, et de les avoir mis de cette façon à la portée d'un plus grand nombre de lecteurs. J'ai aujourd'hui les mêmes félicitations à adresser, les mêmes remercîments à faire à un autre médecin de province, éclairé, consciencieux, sincèrement dévoué à sa profession, M. le docteur Morand (de Tours), qui, sous le titre modeste inscrit en tête de cet article, a publié quelques-uns de ses travaux, tous intéressants, et quelques-uns non moins remarquables par la nouveauté et l'ingéniosité des idées qu'ils renferment, que par l'actualité et l'utilité des préceptes qu'ils consacrent. Il en est un qui appartient à la spécialité de ce journal, et ce n'est pas le moins important. Je pense faire chose utile et agréable à ses abonnés en le leur faisant connaître.

Disons, avant d'aller plus loin, que l'ouvrage s'ouvre par une introduction écrite sous l'empire d'un profond sentiment de la dignité de l'art et de la plus douce philanthropie. On y rencontre une pensée que nous adoptons sans réserve, à savoir : que c'est un tort, de la part des médecins qui possèdent des observations profitables à l'humanité, de ne pas les rendre publiques.

Le travail que nous avons en vue a pour objet l'ophthalmie scrofuleuse ou lymphatique. Médecin de la colonie agricole de Mettray,

l'auteur a eu l'occasion de l'étudier sur un grand nombre de jeunes colons à l'infirmerie de l'établissement. — Un fait constaté par l'observation journalière, mais qui était resté jusqu'ici sans application au traitement, c'est la coïncidence fréquente de l'inflammation de la pituitaire et de l'inflammation de la conjonctive dans cette espèce de maladie. L'auteur a pour but, dans son mémoire, de féconder ce fait au profit de la thérapeutique, d'en faire sortir une indication capitale, et s'attache, à cet effet, à prouver : 1° la généralité de cette coïncidence, et 2° la nécessité de combattre la première de ces inflammations pour arriver à la guérison de la seconde. — Un des cachets, selon lui, de la constitution scrofuleuse, c'est le gonflement souvent eczémateux de la lèvre supérieure : ce gonflement tient à un engorgement catarrhal qui a son point de départ dans la muqueuse des fosses nasales. Cette irritation de la pituitaire s'étend par continuité de tissu aux voies lacrymales, de là au globe oculaire, et constitue le principal foyer des ophthalmies chez les scrofuleux.

Voilà pour la théorie. Passons aux déductions thérapeutiques. — C'est, avons-nous dit, la pituitaire qui est le point de départ de l'irritation. « Si vous examinez, dit l'auteur, le nez d'un scrofuleux atteint d'ophthalmie, vous verrez la phlogose se montrer principalement sur les cornets et dans les anfractuosités des fosses nasales sous forme d'engorgement eczémateux, absolument comme aux paupières. » — Au lieu de porter le traitement topique sur celles-ci, comme on le fait communément, c'est sur la pituitaire qu'il faut l'appliquer. A cet effet, on cautérise les fosses nasales à l'aide d'un crayon de nitrate d'argent qu'on promène rapidement sur tous les points gonflés de la pituitaire, tout en ayant soin d'éviter les cartilages des ailes du nez. Cette opération doit être faite avec persévérance. L'auteur la pratiquait quelquefois pendant quinze jours, à la colonie de Mettray, en la répétant jusqu'à deux fois dans les vingt-quatre heures la première semaine. Il considère cette cautérisation comme le moyen curatif par excellence, et déclare qu'elle s'est montrée infiniment supérieure à tous les autres moyens employés chez les ophthalmiques scrofuleux de cette colonie. Elle ne met pas à l'abri des récidives ; mais là où elles surviennent, elle en vient aussi facilement à bout que des premières atteintes. C'est d'une médication interne dont l'iode fait la base, et qu'il faut faire marcher de pair avec le traitement topique, qu'on peut seul attendre une guérison radicale. —Vérité du premier ordre, et que le praticien ne devrait jamais perdre de vue.— En effet, quelque opinion qu'il professe sur la spécificité

des maladies, alors même qu'il la rejetterait du cadre étiologique, encore, en présence de tant de faits qui viendraient lui donner un démenti incessant, ne pourrait-il nier que les états pathologiques désignés sous le nom de scrofules, de syphilis, modifient profondément l'économie vivante et donnent aux diverses formes maladives dont ils viennent se compliquer un caractère particulier. Il serait forcé, d'une autre part, de reconnaître que la détermination du siége et le groupement des symptômes d'une maladie sont loin de suffire, dans le plus grand nombre des cas, pour fonder des indications curatives ; que celles-ci se puisent plus sûrement dans l'appréciation des modifications organiques qui constituent la maladie, appréciation à laquelle on ne parvient que par l'étude des causes des facteurs qui ont concouru à la produire. — Je sais bien que la nature de plusieurs de ces causes, et notamment celle des causes spécifiques, nous est jusqu'ici complètement inconnue; mais leur action est tellement évidente, leurs effets sont si patents, qu'il y aurait plus d'aveuglement encore que de témérité à les nier. — Ce qu'il importe le plus au médecin, c'est la connaissance des moyens propres à les neutraliser. C'est aussi à quoi les thérapeutistes de nos jours s'appliquent avec ardeur et persévérance, et leurs efforts n'ont pas toujours été infructueux, car récemment encore on leur a dû la découverte de la vertu antiscrofuleuse de l'iode. En partant de ces données, on comprend que je suis loin de partager l'opinion de ceux qui rejettent l'expression d'ophthalmie scrofuleuse ; je pense, au contraire, avec notre auteur, qu'il faut la conserver, parce qu'elle représente clairement un fait complexe, savoir, l'existence d'une phlegmasie oculaire chez un scrofuleux. Cette phlegmasie peut se borner à la conjonctive, envahir la cornée, pénétrer dans l'intérieur du globe oculaire, constituer ainsi une conjonctivite, une kératite, une iritis, etc. ; mais cette détermination de son siége anatomique ne peut suffire pour la caractériser complètement ni en indiquer la nature spéciale. Vous avez affaire à une inflammation : c'est vrai; mais à une inflammation modifiée, altérée par un état particulier, affectant toute l'économie, où elle préexistait à la phlegmasie, et exigeant une médication spéciale, sans laquelle la guérison durable, radicale de la phlogose accidentelle ne pourra s'obtenir. Plus je traite des maladies d'yeux, plus me devient évidente la nécessité de les attaquer presque toujours par des moyens généraux, plus je reste convaincu qu'elles sont souvent produites ou entretenues par une influence dyscrasique qu'il importe avant tout de détruire.

Je reviens à notre livre.

On sait que l'ophthalmie scrofuleuse s'accompagne fréquemment d'ulcérations des glandes de Méibomius. L'auteur traite celles-ci également par le nitrate d'argent, dont il fait une pommade composée de 5 à 20 centigrammes (1 à 4 grains) de sel pour 2 grammes (un demi-gros) d'axonge et autant d'huile d'amandes douces. Cette pommade peut aussi être appliquée directement sur la pituitaire après quelques cautérisations préalables ; mais il est nécessaire alors de tripler la proportion du sel d'argent. Au crayon de nitrate d'argent l'auteur substitue quelquefois une solution concentrée (au tiers ou au quart) de ce sel, qu'il introduit dans les fosses nasales à l'aide d'un petit morceau d'éponge attaché à l'extrémité d'une baguette.

Le mémoire est terminé par deux observations détaillées. — Le travail dont j'ai cherché à esquisser les points les plus caractéristiques fut adressé par son auteur à l'Académie de médecine de Paris, et renvoyé par cette illustre compagnie à une commission dont M. le professeur Velpeau faisait partie et fut constitué l'organe. Tout en s'exprimant dans son rapport, sur l'ensemble du mémoire, de la manière la plus favorable, puisqu'il conclut à son renvoi au comité de publication et à l'inscription du nom de son auteur sur la liste des candidats aux places de correspondants (conclusions qui furent adoptées), ce savant en attaqua plusieurs points essentiels. C'est ce qui décida M. Morand à rédiger un petit mémoire supplémentaire, dans lequel il reproduisit fidèlement les objections de son adversaire, en les combattant une à une, fournit quelques éclaircissements sur des points incomplets ou mal compris de son premier travail, et chercha à confirmer par de nouveaux raisonnements et une série de vingt et une observations nouvelles ce qu'il avait avancé touchant la coexistence de l'irritation des fosses nasales chez les individus atteints d'ophthalmie scrofuleuse, ainsi que sur l'importance du rôle que cette irritation joue dans la production de la phlegmasie oculaire et du gonflement de la lèvre supérieure. Le rapport et la réponse sont imprimés à la fin du volume. Cette discussion est conduite, de la part de notre auteur, avec une parfaite indépendance d'esprit, une grande force de logique et une irréprochable convenance de style, et après l'avoir lue avec impartialité, il est impossible, je pense, de ne pas reconnaître qu'ici, comme il arrive quelquefois, le bon droit est du côté du modeste praticien de province.

Le volume contient encore un autre article relatif à l'ophthalmo-

logie. L'auteur s'y attache à justifier en quelques mots sa préférence en faveur de la méthode d'opérer une première cataracte dès son entière formation, sans attendre la seconde. — A cette occasion, il rappelle que son travail était imprimé lorsque celui de M. le professeur Bérard sur le même sujet, inséré dans les *Annales d'Oculistique* (vol. XI, p. 179) fut reproduit dans le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, et il s'applaudit, avec raison, de se trouver en conformité aussi parfaite d'idées avec cet éminent professeur.

Fallot, D. M.

—

De l'influence des conditions physiques de l'atmosphère sur l'ophthalmie de notre armée; par le docteur Decondé, médecin de régiment au 6e de ligne, membre de l'Académie royale de médecine de Belgique, etc. — *Extrait des Annales de la Société de médecine d'Anvers,* 1845, in-8°, pp. 38. (*N'est pas mis en vente.*)

Dans ce travail, M. Decondé a étudié l'influence des causes catarrhales, des proportions relatives d'oxygène et d'azote dans l'atmosphère, de l'électricité, des saisons et des vents sur le développement et la marche de l'ophthalmie de notre armée. — L'influence des qualités de l'air sur la marche de l'ophthalmie granuleuse est incontestable, elle a été signalée par un grand nombre d'observateurs; mais M. Decondé a eu en vue d'arriver à une appréciation exacte de leurs effets.

Les influences atmosphériques sont complexes, et il est souvent impossible d'isoler chacune d'elles de manière à pouvoir reconnaître sa part d'influence sur la marche de l'ophthalmie de notre armée. Établissons d'abord, avec l'auteur, un fait que l'observation a mis depuis longtemps hors de doute : c'est que le froid sec est très-favorable à la guérison du mal, tandis que la chaleur humide en rend le développement plus facile et tend à enrayer le traitement qu'on lui oppose.

Quelques médecins ont, d'après M. Decondé, attribué une part trop grande aux causes catarrhales dans le développement de l'état granuleux des paupières, attendu que pendant l'hiver, saison où règnent d'ordinaire les maladies catarrhales, l'ophthalmie militaire sévit rarement avec une certaine intensité sur nos soldats. Si alors

les affections oculaires règnent parfois épidémiquement, elles n'ont pas, d'après lui, les caractères de l'ophthalmie de notre armée. Il faut cependant se garder d'être, sous ce rapport, trop exclusif; car à la suite des ophthalmies catarrhales on voit fréquemment la face interne des paupières conserver un certain degré de boursoufflement et des granulations s'y développer. Elles ne sont pas semblables, il est vrai, à celles qui caractérisent plus particulièrement le mal qui règne chez nos soldats; mais on ne peut guère se refuser à admettre que les inflammations oculaires catarrhales, surtout si elles sont mal éteintes, constituent une forte prédisposition à contracter l'ophthalmie de l'armée.

Relativement aux proportions d'oxygène et d'azote dans l'atmosphère, on ne peut, d'après l'auteur, rien conclure, les résultats paraissant contradictoires; ce qui dépend de ce qu'en même temps que les éléments constitutifs de l'air changent dans leurs rapports, d'autres causes, dont les effets sur la marche de la maladie sont moins douteux, varient également : par exemple, le nombre d'hommes réunis dans un même lieu, l'état hygrométrique de l'air, etc.

Les expériences faites par M. Decondé pour chercher à apprécier l'action de l'électricité sur l'ophthalmie de l'armée tendent à prouver que cette influence est nulle. Il se hâte toutefois d'ajouter que l'exacerbation qui se manifeste parfois pendant les temps orageux doit tenir à des circonstances qui peuvent compliquer l'état électrique de l'air. Dans les expériences de laboratoire, on peut rarement répéter celles qui se font en grand dans la nature, et la moindre cause ajoutée, le moindre effet que nous ne pouvons reproduire, fait varier entièrement les résultats.

Les saisons et les vents, dont l'auteur étudie ensuite l'action, ne semblent avoir d'influence qu'au point de vue de la température ou du degré de sécheresse ou d'humidité de l'air qui les accompagne.

L'auteur a fait suivre ce mémoire de tableaux destinés à faire connaître le mouvement des granulés du 3me régiment de chasseurs à pied, depuis le mois de juillet 1840 jusqu'au mois d'août 1843.

Ce nouveau travail de M. Decondé nous paraît digne de ses aînés, et l'on doit savoir gré à l'auteur de la persistance avec laquelle il poursuit ses recherches sur les causes d'un mal dont nous avons de si grandes raisons de redouter les ravages.

D[r] Henrotay.

La cautérisation combinée avec l'ablation de la glande lacrymale, ou *nouveau moyen de guérir les fistules lacrymales et les larmoiements chroniques, même dans beaucoup de cas réputés incurables;* par le docteur Paul Bernard, professeur de chirurgie oculaire à l'École pratique de médecine de Paris, etc. — Paris, 1845, Germer-Baillière, in-8° pp. 48.

Dans un premier travail, inséré dans les *Annales d'Oculistique* (vol. X, p. 193), l'auteur a voulu « démontrer l'innocuité pour la vision, de l'ablation de la glande lacrymale. »

Un second mémoire que nous avons sous les yeux, et qui a été présenté à l'Académie des sciences le 16 juin dernier, est destiné à développer les propositions suivantes et à en faire ressortir l'exactitude :

« 1. La cautérisation combinée avec l'ablation de la glande lacrymale *saine* constitue un procédé *nouveau* qui appartient à l'auteur, puisqu'il a été le *premier* à le proposer et à l'appliquer dans le traitement des fistules lacrymales et des larmoiements chroniques.

« 2. La tumeur et la fistule lacrymales, à toutes leurs périodes, ne sont pour M. Bernard que des degrés divers d'un catarrhe *simple* ou *compliqué.*

« 3. On peut guérir la plupart des tumeurs et fistules lacrymales au moyen des caustiques employés directement et convenablement, de manière à ne pas oblitérer le sac lacrymal ni les conduits, et par conséquent à ne pas avoir de larmoiement consécutif.

« Si cet accident avait lieu, on guérirait sûrement le malade de cette infirmité, réputée incurable jusqu'ici dans de telles circonstances, par *l'ablation de la glande lacrymale saine :* il en serait ainsi dans les larmoiements chroniques dus soit à l'hypertrophie de la glande, soit à l'oblitération congénitale ou acquise des points ou des conduits lacrymaux.

« 4. On ne doit avoir aucune crainte de changer une tumeur en fistule par suite de l'ouverture du sac lacrymal. L'expérience a prouvé qu'il est généralement assez facile de fermer cette ouverture artificielle et temporaire.

« 5. Dans les fistules lacrymales anciennes et *compliquées,* avec dénudation et carie des os, comme on est obligé d'employer les caustiques pendant plus longtemps et à plus fortes doses, on est aussi plus exposé à l'oblitération du sac ou des conduits. Dans ces cas, *s'il y a larmoiement consécutif,* l'ablation de la glande lacrymale *saine*

est une ressource précieuse; car, ainsi que le prouvent des faits nombreux et irrécusables, la source principale des larmes provient de cette glande.

« 6. Enfin, l'auteur croit que son procédé est supérieur à tous les autres, et, à cause de cela même, il espère qu'il sera accueilli d'une manière favorable et générale. »

— Dans les trois premières périodes des tumeurs lacrymales simples, M. Bernard ouvre le sac avec le bistouri, fait pénétrer l'instrument jusque dans le canal nasal, et lui substitue un clou de plomb, qu'il fait entrer jusqu'au rétrécissement, — si rétrécissement il y a, — sans chercher à vaincre la résistance. — Le lendemain, il retire le clou, qu'il replace après avoir introduit qnelques gouttes d'une solution plus ou moins concentrée d'azotate d'argent. Chaque jour, il fait un pansement semblable, « et *ordinairement* dans quinze jours, trois semaines ou un mois au plus, le malade est délivré de son *catarrhe lacrymal chronique* et des incommodités qu'il lui causait. » — Dans la quatrième période, ou fistule lacrymale *simple*, il se sert autant que possible de l'ouverture fistuleuse pour introduire un stylet mousse ou une sonde cannelée jusque dans le canal nasal; il procède ensuite aux pansements journaliers comme il a été dit ci-dessus. — Enfin, dans la cinquième période, ou fistule lacrymale *compliquée*, en même temps qu'il cautérise, il combat par un traitement général approprié les complications, parmi « lesquelles il place au premier rang la constitution plus ou moins scrofuleuse » et l'*hydre syphilitique*. — Quant aux granulations, fongosités, callosités, ulcères et altérations diverses de la muqueuse qui tapisse le syphon lacrymal, on les voit promptement s'affaisser, se cicatriser et disparaître complètement « sous l'influence heureusement modificatrice du caustique employé » par M. Bernard. — L'âge des malades, dit-il, ne lui fait pas apporter de notables modifications au traitement. Parfois il emploie une solution faite de poids égal d'eau et de nitrate argentique. — Le but de l'auteur n'est nullement d'oblitérer le sac lacrymal ni les conduits, mais seulement de « modifier leur état au moyen d'un *puissant astringent* appliqué *directement*, et à dose convenable, sur les tissus affectés. » Il dit avoir eu beaucoup à se féliciter de cette manière de procéder, et il se sert des caustiques, « même aux doses les « plus fortes, avec une complète sécurité, par la raison qu'il a à sa « disposition un moyen certain de *guérir le larmoiement* qui serait « la suite d'une oblitération du sac ou des conduits lacrymaux. » Ce moyen, c'est l'ablation de la glande lacrymale saine. Si l'on re-

prochait à M. Bernard de faire deux opérations au lieu d'une, « il répondrait que *deux* opérations qui amènent la guérison sont préférables à *une seule* qui échoue. Il le répète, « afin qu'on ne le critique pas encore à tort : il n'a « eu recours à l'*ablation de la glande* « que dans les cas *réputés incurables par les moyens ordinaires.* »

Il semble résulter de cette dernière phrase que M. Bernard a pratiqué plusieurs fois l'ablation de la glande lacrymale : on ne trouve cependant dans sa brochure la relation d'aucun fait de ce genre, et nous en sommes réduit, pour l'appréciation, à la seule observation qu'il a fait connaitre (*Annales d'Oculistique*, vol. X, p. 193). M. Lusardi père dit y avoir aussi eu recours : il en a parlé dans une brochure qui n'existe pas encore, et qu'il comprend sous le n° XI dans le prospectus de ses œuvres, tel qu'il a été jeté sous les portes des maisons de Bruxelles. Voici le titre de cette prétendue brochure : « *Nouvelle méthode pour guérir la fistule lacrymale et le* « *larmoiement chronique.* Cette dégoûtante maladie, qui faisait, « jusque dans ces derniers temps, le désespoir des médecins et des « malades, peut maintenant être guérie aussi promptement que « sûrement par la nouvelle méthode du docteur *Paul Bernard.* « M. Lusardi, qui a su apprécier l'efficacité de ce nouveau procédé « opératoire, en a analysé et discuté les avantages, qu'il reconnaît « supérieurs à ceux des procédés inventés jusqu'à ce jour. Cette « opinion d'un oculiste aussi expérimenté que M. Lusardi père, » (qu'on n'oublie pas que c'est M. Lusardi lui-même qui parle!!) « doit avoir une grande valeur auprès des praticiens comme auprès « des savants, des malades et des gens du monde. » — Peu de personnes se contenteront des louanges que M. Lusardi donne au procédé pour trouver occasion de se louer lui-même. Il conviendrait d'abord qu'il établit qu'il l'a réellement employé ou vu employer. — La valeur de l'ablation de la glande lacrymale n'est pas encore jugée, et M. Bernard ne fera pas mal, s'il veut que son opinion prenne cours, de publier les nouveaux faits qu'il possède : par ce moyen, il parviendra à faire passer sa conviction dans l'esprit des autres. Bien que nous ayons pris la résolution de n'être ici que simple narrateur de ce qu'a écrit M. Bernard, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que la cautérisation combinée avec l'emploi du clou de plomb ne constitue pas, comme le croit l'auteur, une méthode nouvelle; on la trouve mentionnée à diverses reprises, comme ancienne, dans les *Annales d'Oculistique.*

Nous ne suivrons pas M. Bernard dans sa réponse aux objections

faites par MM. Laugier et Richelot, d'une part, et par M. Rognetta, de l'autre, à l'ablation de la glande lacrymale érigée en méthode de traitement. Cette partie de son travail n'est guère susceptible d'analyse : nous nous contenterons d'y renvoyer ceux de nos lecteurs qui seraient curieux de connaître ce débat. Dr Jans.

—

Sul cateterismo forzato del canale nasale con cenni generali sulla fistola del sacco lacrimale. Memoria del dottor Giovanni Cappelletti, medico e chirurgo operatore, medico civico distrettuale, socio di più Academie. Venezia, 1844, della tipografia Andreola. 8°, pp. 22, avec 1 planche.

Le peu de succès que l'on obtient dans le traitement de la fistule du sac lacrymal tient, selon l'auteur, à la trop grande facilité avec laquelle les chirurgiens se laissent aller à opérer et au peu d'emploi qu'ils font des moyens dynamiques propres à modifier l'état de la muqueuse. Il ne reconnaît la nécessité du traitement mécanique que pour les cas où le corps papillaire de la muqueuse du canal s'est fortement altéré, où cette membrane est non-seulement altérée, mais est fortement épaissie, a acquis un caractère comme fibreux (*diviene talvolta perfino fibrosa*) : la méthode dynamique n'aurait aucun effet contre le rétrécissement organique qui existe en pareil cas. Il faut ici recourir à la dilatation. La dilatation graduée a l'inconvénient d'être excessivement longue : il se passe souvent deux mois avant que l'on puisse introduire le clou de Scarpa. M. Cappelletti a recours en cette occurrence, à la dilatation forcée qu'il pratique à l'aide d'un instrument qu'il a fait construire, et dont il donne le dessin. C'est, pour la forme, le mandrin dont Dupuytren se servait pour introduire la canule; la sonde, longue de 8 à 10 lignes, courbée comme la canule de Dupuytren, s'unit presque à angle droit au manche; elle est creuse, et percée à son extrémité de deux yeux. L'auteur pénètre d'abord dans le canal avec le bistouri, comme on le fait pour l'opération de la fistule; il fait glisser le bec de sa sonde le long de la rainure du bistouri. Parvenu au rétrécissement, il emploie une force proportionnée à la résistance. L'obstacle vaincu, il s'assure par une injection passée à travers la sonde que l'instrument a franchi l'orifice inférieur, siége le plus ordinaire des rétrécissements. L'auteur a fait construire des sondes-seringues de diverses dimensions. Lorsque le rétrécissement est considérable, et qu'il a dû faire usage d'un calibre petit, il passe, aussitôt après avoir franchi, avec un n° plus fort. — Lorsque le cathétérisme forcé a eu lieu, la cure est continuée par

le clou perforé de Scarpa. En général, il fait porter ce clou de 6 à 10 mois, jusqu'à ce qu'enfin la sécrétion puriforme du sac et l'écoulement des larmes par l'ouverture fistuleuse aient cessé ; jusqu'à ce que le clou se meuve aisément dans le canal et puisse être enlevé et replacé sans aucune douleur ; jusqu'à ce qu'il se manifeste dans l'angle interne une légère dépression.

La durée du traitement que M. Cappelletti impose à ses malades ne serait-elle pas abrégée considérablement s'il combinait, comme M. Guépin vient de le faire avec tant de succès (*Ann. d'Oc.*, vol. XIII, page 251), la cautérisation, les injections, avec la dilatation? S'en tenir à l'emploi du clou dilatant, c'est se mettre en opposition avec les règles qu'il a si sagement et si savamment exposées au début de son mémoire ; c'est négliger les moyens dynamiques, parmi lesquels le nitrate d'argent est le plus important.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

MACKENZIE (W.). — *On the vision on and in the Eye.* Edinburgh, 1845, Stark and Co, 8°, pp. 62, avec 1 planche lithog.

STOUT (Arthur B.). — *The contagion of Ophthalmoblennorrhœa ; an Abstract from T. F. Piringer' work* ; The Blennorrhœa of the human Eye. Grätz, 1841 ; *with an Essay on the Treatment of Pannus by inoculation.* New-Yorck, 1842, W. E. Dean, 8°, pp. 20.

(Il sera rendu compte de ces deux travaux.)

DE ABREU (A. S.). — *Compte-rendu de la clinique ophthalmologique de M. le docteur* CUNIER *pendant l'année* 1844. Bruxelles, 1845, C. Muquardt (Paris, Germer-Baillière), 8°, pp. 28.

REVEILLÉ-PARISE (J. H.). — *Hygiène oculaire, ou conseils aux personnes dont les yeux sont faibles et d'une grande sensibilité, avec de nouvelles considérations sur la myopie ou vue basse.* Paris, Mequignon-Marvis, fils, 1845, in-18, 3e édition, pp. IV-134.

KUSSMAUL (Adolph). — *Die Farbenerscheinungen im Grunde des menschlichen Auges.* Heidelberg, 1845, 8°, pp. XXX-106.

(C'est la traduction d'une dissertation écrite en latin, et couronnée par la Faculté de médecine de Heidelberg. La question mise au concours était la suivante : « *Medicorum ordo postulat anatomico-physiologicam et pathologicam investigationem diversi coloris qui in fundo oculi apparet, nec a suffusione partium transparentium pendet.* » — L'auteur n'a eu connaissance du mémoire de M. Warnatz, couronné par nos *Annales* (voir vol. XIII, p. 143) que lorsque la dissertation latine était déjà écrite ; il consacre trente pages de préface à l'exposition et à l'examen de ce qu'il a trouvé dans ce mémoire d'applicable à son sujet. — M. Kussmaul aurait voulu consulter ce que M. Sichel a dit

sur le changement de coloration du fond de l'œil, dans son mémoire sur le glaucôme ; mais malgré tout le mal qu'il s'est donné, il n'a pu se procurer les *Annales d'Oculistique* (*welche Zeitschrift ich trotz meiner Bemühungen nicht hatte erhalten können*). Il faut, en vérité, que M. Kussmaul ait eu bien du malheur dans sa recherche, car Heidelberg seul reçoit, à notre connaissance, six exemplaires de nos *Annales*. La partie du mémoire de M. Sichel à laquelle il fait allusion avait d'ailleurs été traduite en allemand dès 1843 dans le *Schmidt's Jahrbücher*, le *Neumeister's Repertorium* et le *Canstatt's Jahresbericht*, etc.— Dès que nous le pourrons, nous donnerons une analyse du travail remarquable de M. Kussmaul.)

Lachmann (W.) — *Ueber die Nothwendigkeit einer zweckmässigen Einrichtung und Verwaltung von Blinden-Unterrichts-Erziehungs-Instituten und von Beschäftiguns und Versorgungs-Anstalten für erwaechsene Blinde, nebst dem Versuche der Begründunq einer Blinden-Statistik verglichen mit einer neubearbeiten Statistik der Taubstummen.* Brunswick, 1844, 8°, aux frais de l'auteur.

(Cette publication mérite, sous tous les rapports, de fixer l'attention des hommes qui s'occupent de l'éducation des aveugles. On y trouve des renseignements statistiques de la plus haute importance tant sur les aveugles que sur les sourds-muets. Nous nous proposons d'en publier quelques extraits.)

Seerig (D. W.). — *Bericht über das Klinische Chirurgische-Augenarztliche Institut der Universitat zu Konigsberg für die Jahre* 1836-1844. Kônisgsberg, 1844, Hartung, 4° pp. XXIII—61.

(Nous avons à peine eu le temps de jeter un coup d'œil sur ce rapport ; nous nous en occuperons dans une prochaine livraison.)

Burow (A.). — *Resultate der Beobachtungen an 137 Schieloperationen*. 4° de quatre feuilles. Kônigsberg, Tag et Koch, 1844.

(Ce mémoire n'apporte aucun élément nouveau. Les faits qui y sont relatés ont été bien observés et sont dits avec une bonne foi remarquable. Les détails dans lesquels entre l'auteur sur l'âge de ses opérés, le genre de strabisme dont ils étaient affectés, les modifications que la strabotomie a apportées à la vision, etc., offrent le plus grand intérêt.)

Jaeger (Eduard). — *Ueber die Behandlung des grauen Staares an der ophthalmologischen Klinik der Josephs-Akademie.* Wien, 1844, C. Ueberreuter, 8°, pp. 70.

(L'auteur de cette dissertation est le fils de M. le professeur Frédéric Jaeger, de Vienne. Nous nous occuperons de cette œuvre d'une manière spéciale.)

Zens (Franciscus). — *De methodo in oculis aegrotis explorandis adhibenda.* Bonn, 1844, C. et F. Krüger, 8°, pp. 37.

(Dissertation inaugurale ne renfermant rien de neuf, mais très-bien écrite. Le chapitre le plus important n'a pas été développé par lui (*De signis quae ad oculi morbum dignoscendum in reliquo corpore et animo animadvertenda sint*) ; il s'est borné à une exposition sans entrer dans les détails.)

Mueller (A.). — *De ossificatione retinae aliarumque oculi partium.* 8° pp. 32 ; Halle, Ploetz, 1844.

Fuchs (J. M.). — *Specimen inaugurale ophthalmologicum continens nonnullas historias morborum.* Lugduni Batavorum, 23 maii 1845, 4°.

Chronique.

Bruxelles. — Par circulaire du 10 juillet (*Mémorial administratif*, n° 200), M. le baron de Viron, gouverneur du Brabant, a informé les administrations communales de la province que, jugeant utile de porter à leur connaissance les résultats satisfaisants obtenus à l'Institut ophthalmique de Bruxelles, il leur adressait un exemplaire du *Compte-rendu de la clinique ophthalmologique de M. le docteur* Cunier, *pendant l'année* 1844, publié par M. le docteur A. S. de Abreû. (Extrait des *Annales d'Oculistique*, vol. XIII, juin 1845.)

— Par arrêté royal du 18 juillet, M. Dethier, médecin de garnison au 2ᵉ lanciers, a été nommé chevalier de l'ordre Léopold.

Madrid. — Dans sa séance du 4 mai, l'Académie de chirurgie de Madrid a décerné le titre de correspondant à MM. les docteurs *Van Berchem*, de Willebroeck, *Verelst*, de Boom, *Cunier*, de Bruxelles, *Heyfelder* et *Martius*, d'Erlangen. — L'Académie royale des Sciences naturelles de la même ville a nommé, aussi en qualité de correspondants, MM. Everard, de La Haye, Rieken, de Bruxelles, et Van Berchem, de Willebroeck.

A nos confrères.

M. le docteur André Uytterhoeven, chirurgien en chef de l'hôpital St-Jean, a conçu l'excellente idée de former dans cet établissement une bibliothèque médicale qui sera toujours à la disposition des médecins. Par ses démarches, notre confrère est déjà parvenu à rassembler plus de 6,000 volumes.

Il serait à désirer que chaque auteur belge fît don à la nouvelle bibliothèque d'un exemplaire de ses publications ; de cette manière, le médecin étranger visitant notre capitale trouverait réunies nos œuvres nationales, et pourrait les consulter.

Nous espérons que nos collègues de la presse médicale se joindront à nous, et que notre commun appel ne manquera pas d'être entendu.

Les dons doivent être adressés à M. le docteur André Uytterhoeven, ou à M. Guelton, directeur de l'hôpital St-Jean.

Les envois de nos confrères étrangers seront reçus avec reconnaissance. Ceux de la France peuvent être déposés chez Monseigneur Fornari, nonce du St-Siége près de S. M. le Roi des Français, ou chez M. L. Fumière, 3, rue du petit Lion-St-Sauveur, à Paris ; ceux de l'Allemagne et de Hollande peuvent être adressés à M. Guelton, par la voie de la librairie.

ANNALES

D'OCULISTIQUE.

Tome XIV. — 2e série. Tome 2me. — 2me livraison.
AOUT 1845.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉMOIRE SUR LES RAPPORTS QUI EXISTENT ENTRE LES OPHTHALMIES QUI ONT SÉVI DANS LES ARMÉES EN ITALIE ET CELLES QUI SE SONT MONTRÉES DANS LA MONARCHIE AUTRICHIENNE ET DANS LE ROYAUME DE PRUSSE ;

Par le docteur DECONDÉ, médecin de régiment au 6e de ligne, etc.

(SUITE ET FIN. *Voir notre dernier numéro*, p. 3.)

§ II. — *Histoire de l'ophthalmie dans le royaume de Prusse.*

Aucune armée, si ce n'est celle de Belgique, n'a souffert autant de l'ophthalmie que l'armée prussienne.

Dès 1806, l'armée française vint en Prusse, et, jusqu'en 1813, il y eut continuellement des troupes françaises dans ce pays : les principales forteresses du royaume de Westphalie furent occupées par elles, *et néanmoins, jusqu'en* 1813, *il n'y a aucun fait qui prouve que l'ophthalmie se soit montrée chez les soldats de l'armée prussienne ou chez ceux de toute autre armée de l'Allemagne. Ce ne fut qu'en* 1813, 1814 *et* 1815, *lorsque les Français quittèrent ce pays, que l'ophthalmie éclata parmi les soldats prussiens. Ce fut surtout dans les régiments de la Landwehr qu'elle fit sa première apparition.*

Plusieurs opinions règnent parmi les médecins prussiens sur le lieu et la date précise de l'invasion de l'ophthalmie au sein des troupes de Prusse. C'est ainsi : 1° qu'au rapport de quelques médecins de ce pays, les premières traces d'une maladie d'yeux s'y seraient manifestées en février 1813, pendant la marche de Tilsitt vers la Vistule. Peu de temps après, en mars 1813, lorsque les

troupes prussiennes entrèrent à Berlin, la maladie avait presque disparu (Kriebel) (1).

2° D'autres croient que cette maladie apparut dans le mois de mai 1813, pendant que le 3e corps prussien occupait les environs de Magdebourg (Kriebel).

3° Les troisièmes prétendent que le corps d'Yorick, lors de sa défection du corps d'armée de Macdonald, avait déjà amené avec lui, de Courlande et de Prusse, des individus aux yeux chassieux.

4° Les quatrièmes font naître, avec Krantz, la maladie sur deux points opposés de la monarchie : en Lithuanie et en Silésie, à Königsberg et à Breslau.

Le corps d'Yorick présenta des cas d'ophthalmie en Courlande ; les médecins la considérèrent comme étant de nature catarrhale. — *Avant la bataille de Görchen, le mal ne passa nulle part à l'état blennorrhoïque ; il ne se montra évidemment à cet état que pendant l'armistice qui eut lieu lorsque l'armée occupa les environs de Dresde, Torgau, Wittenberg, jusqu'à Magdebourg.* La maladie devint plus grave et plus générale lorsque les armées approchèrent du Rhin, et les remèdes jusqu'alors efficaces contre la maladie n'eurent plus de succès (Kriebel, Eble, et tous les médecins prussiens).

Ce fut dans les régiments de réserve et parmi les troupes enfermées dans les lazarets provinciaux, en Poméranie et dans le Brandebourg, que l'ophthalmie se montra (Jüngken, Kriebel). A ce propos, Kriebel ajoute *que tout l'équipement, l'uniforme et l'armement des régiments de réserve, ainsi que les fournitures des lazarets de Poméranie et des marches étaient tous de provenance anglaise ; et il en infère que ce sont ces fournitures faites par les troupes anglaises en butte à l'ophthalmie qui ont communiqué cette affection aux troupes prussiennes* (2).

La cavalerie et l'artillerie prussiennes furent généralement exemptes de l'ophthalmie épidémique ; mais l'infanterie en souffrit cruellement : c'est au point qu'Eble nous dit qu'aucune armée ne s'en ressentit autant. On évalue à 30,000 le nombre de cas d'ophthalmie qu'on observa pendant les années 1813 à 1821. Il y eut, sur ce nombre, 1,100 aveugles et 350 borgnes (Baltz).

Au commencement de la seconde paix, la maladie décrut notable-

(1) Ueber die Entstehung, etc... *Kritische Repertorium* de Rust, fünfter Band. Berlin, 1824, Seite 153-279.

(2) Le premier équipement des Landwehrs, depuis la semelle jusqu'à la coiffure, était de propriété anglaise (Kriebel).

ment, mais continua à sévir sporadiquement dans des corps de troupes où elle régnait antérieurement. Dans ce cas se trouvèrent, en 1816, les trois régiments d'infanterie de la brigade des grenadiers. En 1818, le mal sévit d'une manière désolante dans le 2e régiment de la garde, à Berlin même.

L'ophthalmie sévit épidémiquement, en 1818, dans la garnison prussienne de Mayence (34e régiment). Elle s'y montra principalement chez les recrues nouvellement incorporées, qu'elle attaqua presque sans exception. Le mal s'apaisa dans le courant du mois d'octobre 1819. Le nombre total des ophthalmiques de cette épidémie s'éleva à 1,798 individus, sans compter le médecin de régiment Pudon qui faillit perdre la vue, 2 chirurgiens de l'hôpital militaire et 12 infirmiers qui en souffrirent (Eble). En 1821, elle reparut à Mayence dans le bataillon des fusiliers du 21e régiment, auparavant régiment de réserve.

Depuis lors, l'épidémie sévit sporadiquement dans toutes les garnisons prussiennes, mais dans quelques-unes plus particulièrement que dans d'autres.

Plusieurs opinions existent parmi les médecins militaires prussiens sur l'origine de leur ophthalmie. Nous avons vu, dans les paragraphes qui précèdent, que Kriebel croyait que les Prussiens avaient été infectés par les objets d'équipement fournis par les Anglais.

D'autres médecins prussiens, ayant remarqué que l'épidémie ophthalmique avait succédé à l'épidémie typhoïde, et que la première ne s'était montrée qu'au déclin de la seconde, et ayant, du reste, reconnu des alternatives de l'une et de l'autre, ont cru que ce n'étaient que deux expressions ou un simple changement de forme d'une même maladie, et par conséquent que l'origine de l'ophthalmie était dans le typhus qui l'avait précédée.

Dans une troisième catégorie, on peut placer l'opinion de Hufeland, Baltz et Jüngken (1). Ces médecins pensent que les changements hygrométriques et thermométriques de l'atmosphère, les bivouacs, les fatigues et le dénument dans lequel les troupes se sont trouvées, expliquent suffisamment la manifestation de l'ophthalmie en Prusse.

Aucune de ces opinions n'est soutenable. Celle de Kriebel, qui peut être vraie pour le développement de quelques cas d'ophthalmie, est incapable de rendre compte d'une propagation si large de cette

(1) Journal d'Hufeland. — Baltz. *Kritische Repertorium*, t. v, p. 153-259; Jüngken, *voir* son mémoire allemand publié à Berlin.

maladie. Rien ne démontre que les fournitures des militaires prussiens eussent servi aux troupes anglaises (1) ; puis il est suffisamment prouvé *que ce sont les Landwehrs qui en souffrirent le plus, et surtout celles qui étaient à peine vêtues* (Jüngken).

La seconde n'est pas plus fondée que celle qui précède : on n'a jamais vu ailleurs que le typhus se soit transformé en ophthalmie. *Les troupes françaises envahies par le typhus n'eurent pas à souffrir de l'inflammation oculaire.*

La troisième opinion a été victorieusement combattue par Kriebel (2) ; nous donnons succinctement les objections qu'il apporte et qui nous paraissent sans réplique.

1° Ce n'est point à la misère et aux fatigues qu'on peut rapporter l'ophthalmie, non plus qu'aux éléments divers qui ont dû composer l'armée prussienne à cette époque, puisqu'une grande partie des troupes prétendûment nouvelles, telles que de nouveaux régiments de réserve, existaient déjà depuis 1811 sous le nom de *Krümpern.* Ils étaient alors réunis dans le voisinage de quelques forteresses, telles que Spandau, Colberg, ou le long des côtes de la mer Baltique, en partie dans des camps, et en partie cantonnés dans les villages ; ils y avaient une nourriture grossière, étaient mal vêtus, et supportaient toutes les fatigues de la vie des camps. Et pourtant la maladie ne se montra chez ces hommes qu'en 1813, alors qu'ils étaient déjà aguerris, réunis dans les places, formés en régiments et habillés d'une manière uniforme (Kriebel).

2° Le corps prussien qui, sous les ordres d'Yorick, avait pris part à la guerre contre la Russie, eut beaucoup de fatigues à supporter, fit de grandes marches, et se battit vaillamment ; il dut souffrir, pendant trois semaines de marches et de bivouacs, un froid de 22° à 25° degrés Réaumur, au milieu d'une neige épaisse ; et pourtant il ne se présenta pas, au milieu de semblables circonstances, *un seul cas* d'ophthalmie (Kriebel).

3° Si l'ophthalmie était le résultat des causes alléguées par Baltz, elle aurait dû disparaître de l'armée avec la cessation de ces causes,

(1) Kriebel dit que beaucoup de ces fournitures avaient été en Égypte et n'avaient pas été déballées depuis.

(2) *Ueber die Entstehung, Beschaffenheit und zweckmässigste Behandlung der Augenentzündung, welche seit mehreren Jahren unter den Soldaten einiger europäischen Armeen geherrst hat* ; par Baltz.—Analysé par Kriebel *(Kritische Repertorium für die gesammte Heilkunde* de Rust, fünfter Band. Berlin, 1824. pp. 153 à 279.

et ne pas sévir de préférence dans quelques régiments de la garde royale, comme dans les 16e, 21e, 23e et 26e régiments d'infanterie, qui pourtant furent dans des rapports extérieurs entièrement semblables à tous les autres régiments de l'armée (Kriebel). On peut ajouter que d'autres armées belligérantes n'eurent point à souffrir de maux d'yeux, quoiqu'elles fussent soumises aux mêmes conditions que les Prussiens.

L'insuffisance de ces causes étant suffisamment appréciée, nous devons nous demander, nous qui sommes convaincu de la connexion des diverses ophthalmies militaires entre elles, où sont les liens qui rattachent l'ophthalmie prussienne à celle des autres armées. Baltz a dit que le germe n'en était nulle part ! ! Les sources historiques auxquelles nous avons remonté démontreront suffisamment que si l'importation de l'ophthalmie en Prusse n'a pas été constatée, c'est qu'on n'a pas tenu compte des faits que nous allons mentionner.

Jusqu'en 1812, la Prusse, souvent envahie par les armées françaises, n'y reçut *jamais* de troupes atteintes d'ophthalmie, ou qui en possédassent le germe ; le contingent italien qui, seul dans l'armée française, était envahi par l'ophthalmie, n'y fut jamais, et les rapports des Prussiens avec les Anglais et les Siciliens, également en proie à cette maladie, furent nuls. Le corps de l'armée française qui occupa la Prusse ou ses principales forteresses, de 1808 à 1812, commandé par le maréchal Davoust, ne comptait pas un seul ophthalmique et pas la moindre fraction d'un corps italien (1). Il en est de même du corps du maréchal Soult, qui eut son quartier général à Berlin, et occupa la Prusse et la Poméranie, mais pendant quelques semaines seulement.

Les forteresses prussiennes occupées par les troupes françaises lors de l'expédition de Russie, en 1812, afin d'assurer les derrières et la retraite de l'armée, étaient Spandau, Pillan, Torgau, Witten berg, Magdebourg, Hambourg, et, sur l'Oder, Glogau, Castrim,

(1) Le corps du maréchal Davoust comprenait : la division Morand, (13e régiment d'infanterie légère, 17e, 30e, 61e de ligne) ; la division Briant, formée du 15e d'infanterie légère, des 33e; 48e, 108e, 111e de ligne; la division Gudin, composée du 7e leger, des 12e, 21e, 25e et 85e de ligne ; la division Puthod, ayant 4 bataillons de divers régiments du même corps ; et la division de cavalerie de Pajol, formée du 5e hussards, du 11e et du 12e chasseurs (*Mémoires sur la guerre de 1809 en Allemagne, avec les opérations particulières des corps d'Italie, de Pologne*, etc. ; par le général Pelet. Paris, 1824).

Stettin ; sur la Vistule, Dantzig, Thorn et Modlin. Augereau était à Berlin avec quelques troupes.

Arrivons maintenant au fait, et prouvons que les troupes italiennes qui furent dès 1812 dans ce pays nous donnent l'énigme du développement de cette contagion. Nous avons vu que les troupes des diverses armes de l'Italie souffrirent, dès le commencement du siècle, plus ou moins fortement de cette maladie, et que celle-ci prit bientôt une extension telle qu'elle y revêtit le caractère endémique.

Le 4e corps de la garde de 1812 (1er corps d'observation de l'armée d'Italie), sous les ordres du prince Eugène, était entièrement composé de troupes de l'Italie. Là se trouvaient les 4e, 9e, 35e, 53e, 55e, 84e, 92e et 106e régiments français d'Italie ; les 2e et 3e de ligne, et le 3e léger italiens, des Dalmates, et six bataillons de la garde italienne (1). Les débris de ce corps d'armée, qui, avec ceux de Ney et de Davoust, eurent le plus à souffrir, se rallièrent vers Königsberg (2), avant la fin de 1812. Les cadres et le dépôt du 4e corps furent envoyés à Glogau par le vice-roi, en janvier 1813 (3).

Pendant cette même campagne de Russie, une seconde armée italienne fut organisée en Italie. Pour compléter cette petite armée, on prit non-seulement les bataillons de guerre qui se trouvaient dans ce royaume, mais on en forma de nouveaux sous les numéros des corps qui étaient à la grande armée.— Le second corps d'observation partit d'Italie pendant l'hiver de 1812, sous les ordres du général Grenier, et rejoignit en Prusse la grande armée, alors commandée par le vice-roi d'Italie. Ce second corps d'observation avait ses cadres formés *par les hommes restés aux hôpitaux au départ de la première armée* et par une grande partie *des vieux soldats valides qui se trouvaient dans les dépôts*, auxquels on adjoignit des conscrits (4). Dans ce corps d'armée se trouvaient le trop célèbre 6e de ligne italien et une grande partie du 112e belge.

Aussitôt après, un troisième corps d'observation fut formé en Italie, et acheva d'y enlever tous les vieux soldats qui se trouvaient encore dans les dépôts des divers régiments. Cette troisième armée

(1) Général de Vaudoncourt. *Histoire des campagnes d'Italie* en 1813 et 1814, p. 16.

(2) Voyez les ouvrages de Ségur et de Gourgaud.

(3) Général de Vaudoncourt. *Histoire de la guerre soutenue en Allemagne par les Français* en 1813, p. 24 et p. 2.

(4) Id., p. 3.

quitta l'Italie au commencement de 1813, sous les ordres du général comte Bertrand, et rejoignit la grande armée peu avant la victoire de Lützen (1) en avril 1813.

Les débris italiens de l'armée de Russie et la deuxième armée italienne furent cantonnés dans les diverses provinces du nord de la Prusse. La Silésie surtout a été occupée par les régiments italiens de la division Gérard, du corps de Macdonald, tels que le 112e de ligne, le 6e de ligne italien, etc., etc. Ces régiments sont restés cantonnés et campés dans cette province et les provinces voisines, la Prusse, le Brandebourg et le duché de Posen, pendant 8 ou 9 mois, et ne les ont quittées que lorsqu'ils en ont été chassés. Ces régiments y eurent beaucoup de malades qui restèrent dans les hôpitaux et dans les ambulances. Leurs relations avec les habitants, et surtout avec les femmes du pays, furent excessivement fréquentes.

La défection d'Yorick et sa séparation d'avec Macdonald ont eu lieu à la fin de décembre 1812; il a donc dû exister des rapports avec les régiments italiens de ce corps d'armée. En rentrant en Prusse, les troupes prussiennes du général Yorick prirent les cantonnements de l'armée française (2) : c'est ce que l'histoire et Kriebel nous apprennent; et comme c'est principalement en Silésie qu'eurent lieu les mouvements des troupes italiennes, il en résulte que c'est de là que durent venir beaucoup d'ophthalmiques. C'est dans ces parages que les Prussiens durent surtout contracter l'ophthalmie : c'est en effet là qu'on en observa les premières traces. C'est dans sa marche, en 1813, de Königsberg vers la Silésie et la Saxe, qu'on signale d'abord l'ophthalmie dans le 1er régiment de la Prusse orientale; c'est en mai 1813 qu'on la reconnaît dans le régiment d'infanterie Kolberg, le 2e prussien oriental (infanterie n° 13), le 1er régiment de Landwehrs (infanterie), ainsi que dans le 6e de réserve (infanterie), au siége de Stettin, Torgau et Wittenberg. On sait aussi que c'est dans le corps d'armée du général Yorick que l'ophthalmie a sévi le plus fortement (Jüngken).

Jüngken nous apprend que ce sont les régiments de réserve qui ont le plus souffert du mal d'yeux. La plupart de ces régiments, formés à la hâte avec des sujets nouveaux, arrivant partout de leurs

(1) Général de Vaudoncourt. *Histoire de la guerre soutenue en Allemagne par les Français* en 1813, p. 24 et p. 2.

(1) Il revint par Königsberg, que les Italiens du prince Eugène venaient d'abandonner, et occupa bientôt Pillou, que les Russes lui remirent (Vaudoncourt, *ouvrage cité*, p. 3).

villages jusque-là occupés par les troupes franco-italiennes, qui avaient dû leur communiquer le mal dont elles souffraient, l'y apportaient, au lieu de l'y contracter. Aussi voyons-nous l'ophthalmie sévir dans les Landwehrs aussitôt qu'on les concentre pour les organiser (*formation'splatze*), et se montrer à l'état blennorrhoïque aussitôt qu'elles furent réunies en grandes masses et qu'elles eurent à subir les effets de l'entassement. C'est de cette manière qu'elle a dû se généraliser.

Nous devons noter ici que les Russes et les Prussiens eurent seuls affaire avec les troupes italiennes jusqu'à l'arrivée des Suédois, avant la bataille de Leipzig, et des Autrichiens, en août 1813. Les marches, après cette époque, ont été plus rapides, et la retraite vers la France a été précipitée. Il en résulte que les Prussiens et les Russes ont le plus souffert de l'ophthalmie, et qu'elle ne s'est déclarée chez les Suédois qu'après la bataille de Leipzig. Les Prussiens sous Blücher, Bulow et Yorick, furent constamment en face des divisions italiennes; il y eut incessamment des combats entre les deux camps, et ils se trouvaient successivement un grand nombre de fois dans les mêmes cantonnements; tous les lieux occupés par les Italiens dans leur retraite, le furent toujours par les Prussiens et les Russes, mais surtout par les premiers. Il résulte encore de l'étude de l'histoire, que jusqu'à l'arrivée de la grande armée française en Allemagne, en avril 1813, il n'y eut dans les États prussiens que des troupes italiennes: celles-ci, pendant la campagne de 1813, ne furent qu'en Prusse et surtout en Silésie, dans le duché de Posen et la Saxe; il n'y en eut pas dans le Hanovre ni dans les États autrichiens (1).

Les troupes de l'armée française en Russie, en 1812, et en Allemagne, en 1813 et 1814, souffrirent aussi d'ophthalmie, mais faiblement. C'est ainsi que lors de la marche de l'armée française sur Smolensk, elle s'y montra assez fortement, et fut attribuée par M. De Kirckoff à

(1) Voyez *Histoire de la guerre soutenue par les Français en Allemagne en* 1813; par le général Guillaume De Vaudoncourt. Paris, 1819, in-8°. — Kriebel nous dit encore que le 32e régiment, qui souffrit tant de l'ophthalmie à Mayence en 1819, et qui auparavant était le 2e régiment de réserve, n'existait pas au printemps de 1813, lors de la première formation des régiments de réserve. Il ne fut formé qu'après la paix, en 1816, avec les anciennes troupes de Nassau et *des recrues du Rhin*. Après sa formation, il resta pendant plus de deux ans exempt d'ophthalmie, et il n'en souffrit que plus tard, lors *de son séjour en Silésie, nommément à Glogau*, où, de 1813 à 1815, il y eut des ophthalmiques en grand nombre. Ce fait confirme notre manière de voir.

la grande chaleur du jour succédant à des nuits très-fraîches, aux marches dans la poussière et à la réflexion d'une vive lumière par un sol aride et sablonneux, etc. (1). Lors de la retraite, en décembre 1812, du Niemen vers le duché de Varsovie, on remarqua dans le corps de Ney une violente ophthalmie dont plusieurs individus devinrent aveugles. Ce mal d'yeux fut attribué à la réflexion des rayons lumineux par la neige (2). Graefe a vu des traces d'ophthalmie chez beaucoup de prisonniers français qu'il a eus en traitement en Prusse de 1813 à 1815 (Kriebel).

C'est donc par l'intermédiaire des troupes italiennes que l'ophthalmie a été importée en Prusse. Depuis lors, cette maladie s'est perpétuée dans l'armée, et s'y est montrée de temps à autre à l'état épidémique. Tout récemment encore, les journaux nous ont entretenus d'une ophthalmie épidémique dans la garnison de Posen. Au rapport de ces journaux, la cavalerie en souffrait beaucoup. Dans certaines localités de la Prusse, elle s'est étendue chez les habitants. Le médecin de régiment Krantz assure que dans les environs de Trèves, où des troupes souffrant cruellement de l'ophthalmie furent cantonnées, on vit les campagnards être affectés de cette maladie. D'après Rust, une foule de familles chez lesquelles des soldats ophthalmiques furent logés, contractèrent également lamaladie; M. de Walther, le médecin de régiment Müller, Werres, J. H. Leeuw, et le professeur Jüngken, nous ont parlé d'une ophthalmie devenue épidémique chez les habitants des rives du Bas-Rhin, depuis Mayence jusqu'à Cologne. La maladie pénétra dans le séminaire catholique de Brühl, près de Cologne, et son intensité y fut telle que l'établissement dut être évacué pour remédier au mal; ce qui n'empêcha pas celui-ci de reparaître lors de la réintégration des séminaristes. M. Jüngken a constaté chez eux un état granuleux des conjonctives palpébrales vers le repli de ces membranes. La maladie a pris dans ces contrées le nom de *weiche Augen*.

Le mal s'étendit dans les prisons. Dans la maison de force de

(1) De Kirckhoff. *Iets over de oogontsteking, welke bij het nederlansch leger geheerscht heeft*. Hoorn, 1825.

(2) Nous nous sommes adressé à M. De Kirckhoff pour obtenir quelques renseignements sur l'ophthalmie qui s'est montrée à la grande armée; M. De Kirckhoff n'a pas pu se rappeler quels étaient les régiments qui ont eu à souffrir de l'ophthalmie.— Nous présumons, avec bien de bonnes raisons, que ce furent les Illyriens ou les Napolitains, dont les premiers faisaient partie du corps de Ney lors des marches sur le Niemen, et les seconds lors de la retraite.

Brauweiler, on l'observa trois fois à l'état d'épidémie grave (Walther). La première fois, ce fut du printemps à l'automne de 1814 ; la seconde fois, du printemps de 1814 jusqu'à celui de 1815, et, en troisième lieu, de mai 1818 jusqu'en 1821. La première épidémie fut la plus intense ; elle affecta presque tous les détenus du sexe féminin, mais respecta les fonctionnaires de l'établissement ; tandis que la seconde, moins grave, s'étendit jusqu'à eux. Après la première épidémie, le mal persista à l'état chronique, et ce fut à l'occasion de grandes agglomérations qu'il s'aggrava et sévit épidémiquement (de Walther) (1).

Un fait digne de remarque, et qui est en rapport avec l'étiologie que nous avons indiquée, c'est que l'ophthalmie a été trouvée tellement commune dans le Bas-Rhin, qu'on s'est demandé si ce n'était pas de cette localité que la contagion tirait son origine. Comme il n'en avait jamais été question avant la campagne de 1813, nous devons croire que ce sont les armées prussiennes qui l'y ont importée lors de leur passage en 1813. Le mal a été là, comme chez nous, importé par l'armée dans les villes et les campagnes, et réimporté par les habitants de ces lieux dans les régiments : c'est ce que Müller et autres ont constaté pour les habitants du Bas-Rhin (2).

REMARQUES PRATIQUES SUR LA KÉRATITE VASCULAIRE, RECUEILLIES A LA CLINIQUE DE M. LE DOCTEUR CUNIER ;

Par le docteur R.-J. FARIA DE MATTOS, de Maranhão (Brésil), ancien médecin-adjoint de l'Institut ophthalmique de Bruxelles, membre de plusieurs Sociétés savantes, etc.

(*Premier article.*)

Le pannus vasculaire, suite d'ophthalmie catarrhale ou blennorrhagique, n'est convenablement connu, n'est rationnellement traité que depuis la publication de l'ouvrage de M. le docteur Sichel. On peut le dire sans crainte d'être démenti, nul auteur avant lui n'avait

(1) Nous avons extrait ces derniers renseignements de l'ouvrage d'Eble, déjà cité.

(2) Les histoires de l'ophthalmie dans l'armée prussienne font observer qu'en 1813, l'ophthalmie ne devint très-grave et ne prit une très-grande extension que lorsque les armées prussiennes approchèrent du Rhin. C'est probablement alors que l'importation a eu lieu chez les habitants des rives de ce fleuve.

justement apprécié la nature de cette maladie, et les divers traitements employés ne conduisaient que rarement à la guérison.

Qu'il me soit permis de rappeler, d'après le savant oculiste de Paris, les caractères de cette forme curieuse de la kératite :

« Les malades sont affectés depuis plus ou moins longtemps d'une conjonctivite catarrhale chronique, ou bien ils ont été atteints d'un certain degré d'ophthalmie blennorrhagique aiguë ou chronique. Les affections catarrhales, quand elles ne sont accompagnées que d'une légère démangeaison dans les paupières et d'une augmentation peu considérable de la sécrétion conjonctivale, sont souvent négligées par les malades. Ce n'est que lorsque la cornée commence à s'affecter secondairement, et qu'il y a déjà, d'après l'expression des auteurs, un commencement de pannus, que ces individus ont recours aux conseils d'un homme de l'art. La conjonctive de la paupière inférieure est souvent alors peu injectée ; d'autres fois elle offre les symptômes anatomiques de l'ophthalmie catarrhale, tels que rougeur, boursoufflement, et même aspect velouté et grenu de cette membrane. Les phénomènes principaux se concentrent dans la moitié supérieure de l'œil ; la moitié supérieure, le tiers et même la totalité de la cornée deviennent légèrement opaques, et sont d'abord sillonnés d'un petit nombre de vaisseaux ; bientôt les vascularités augmentent, et la cornée perd son poli ; les vaisseaux prennent un calibre assez considérable, et sont disposés de manière que, provenant du haut de la circonférence oculaire, ils se prolongent sur la partie supérieure de la cornée. L'injection qui se limite quelquefois dans cette portion de la surface du globe revêt ainsi un aspect particulier, qui fait reconnaître au premier coup d'œil la spécialité de l'affection. Si l'on ne parvient pas à éloigner la cause permanente de l'irritation de la conjonctive sclérotidienne et de la cornée, ces vascularités deviennent de plus en plus confluentes ; le tissu de la conjonctive oculaire et cornéale s'épaissit dans les parties affectées ; l'opacité de la cornée s'étend davantage ; des épanchements plastiques et des ulcérations peuvent se former dans cette membrane ; enfin l'affection présente l'ensemble des symptômes qui a été décrit par les auteurs sous le nom de *pannus*. Celui-ci est vasculaire dans le principe : si la maladie marche et si la conjonctive et la cornée se désorganisent, le pannus prend la forme connue sous le nom de pannus membraneux et charnu. »

Lorsque l'attention du praticien ne se porte pas ailleurs que sur cette conjonctivo-kératite secondaire et chronique, l'inflammation

résiste opiniatrément aux moyens antiphlogistiques, révulsifs ou spécifiques qu'on lui oppose. Que de fois n'ai-je pas vu arriver à la clinique de M. Cunier des malades qui avaient été soumis inutilement aux traitements les plus énergiques et les plus douloureux ! Aucune attention n'avait été donnée à l'état de la conjonctive de la paupière supérieure, qui était recouverte de granulations qui avaient occasionné et entretenaient l'affection kératique. Ainsi que l'a dit M. Sichel, « en renversant cette paupière, on en trouve la conjonctive couverte de granulations qui prennent toutes les formes, depuis l'aspect pointillé ou velouté jusqu'à celui de véritables végétations ou fongosités. La totalité de la conjonctive palpébrale est boursoufflée et a perdu son poli. La consistance de son tissu est altérée et a augmenté en raison de la chronicité de l'affection catarrhale. Les granulations, surtout nombreuses et saillantes le long du pli oculo-palpébral et vers les angles de l'œil, sont parfois d'une résistance presque cartilagineuse. La sensation de gravier ou d'un corps étranger entre les paupières est la plainte principale et souvent unique des malades, qui rapportent quelquefois cette douleur avec une grande exactitude au siége circonscrit des granulations. »

L'obscurcissement et la vascularisation de la cornée, dans la kératite vasculaire, sont dus à l'action mécanique des granulations qui agissent à la manière d'une râpe et dépolissent cette membrane en même temps qu'elles la vascularisent. La quasi-immobilité de la paupière inférieure explique comment il se fait que le segment inférieur de la cornée est rarement altéré, tandis que la vascularisation et le trouble se remarquent dans la portion sur laquelle se meut incessamment la paupière supérieure.

On conçoit, d'après ce qui vient d'être dit, que le traitement de l'altération granuleuse des paupières devra être employé dans le pannus vasculaire : *sublata causa*, *tollitur effectus*. Aussi, la cautérisation avec le sulfate de cuivre ou le nitrate d'argent suffit-elle lorsque l'affection est le résultat d'une ophthalmie catarrhale ou blennorrhagique, et qu'il n'existe pas de complications. Mais il est des cas (et ils sont on ne peut plus nombreux) où il coexiste une disposition lymphatique, arthritique ou abdominale ; et dans ces cas ce serait une grande faute de se borner à un traitement uniquement topique. C'est ce que je démontrerai tout à l'heure par les faits cliniques que j'exposerai. On comprend difficilement que cette remarque, d'une haute importance pratique, ait échappé à M. le professeur Bérard, qui s'exprime en ces termes dans le *Bulle-*

tin général de Thérapeutique de M. le docteur Miquel, septembre 1843, p. 182 :

« Lorsqu'un malade se présente atteint de kératite vasculaire chronique, je le prépare à la cautérisation en le soumettant pendant quelques jours au repos, à l'usage des pédiluves irritants, de boissons légèrement laxatives, et même d'un ou deux purgatifs salins : à ces moyens j'ajoute la saignée lorsque l'affection offre un certain degré d'acuité. »

Le savant professeur parisien passe sous silence les complications pour ainsi dire ordinaires de la kératite vasculaire, complications dont on trouvera des exemples dans les observations suivantes :

Obs. I. — Hectorine Pluttaert, âgée de 16 ans, lymphatique, à la face boursoufflée, réglée depuis un an, a été atteinte, il y a trois ans, d'une ophthalmie catarrhale qui a été traitée par des évacuations sanguines et des lotions avec une solution de sous-acétate de plomb liquide.

La rougeur du globe a bientôt disparu, et il n'est resté de l'affection qu'une sécrétion habituelle, mais peu abondante, des paupières, avec sentiment, parfois très-marqué, de gravier entre ces voiles.

La vue n'a pas tardé à diminuer : la rougeur du globe est devenue de plus en plus prononcée, et après 15 mois, la malade, n'y voyant plus, a été admise à l'Institut ophthalmique de Mons ; elle y a été traitée par la cautérisation. La cure n'était pas achevée, lorsqu'au bout d'un mois de séjour elle réclama sa sortie, qui eut lieu malgré l'opposition du chirurgien en chef, M. le docteur Stiévenart.

Rentrée dans ses foyers, elle commit quelques imprudences, cessa l'usage des remèdes qui lui avaient été prescrits : trois semaines ne s'étaient pas écoulées qu'elle se trouvait de nouveau hors d'état de se conduire. Admise une seconde fois à l'Institut de Mons, elle y fit un nouveau séjour de deux mois, et elle exigea qu'on la laissât retourner chez elle, bien que la guérison, cette fois encore, ne fût pas complète.

La malade a été présentée à M. Cunier le 29 juin 1843, par M. Delwart, professeur à l'École vétérinaire de Bruxelles. Sortie il y a huit mois de l'Institut de Mons, elle n'avait pas tardé à perdre le peu de vue qu'elle avait récupéré. Elle se trouvait dans l'état suivant :

La face est bouffie, la lèvre supérieure gonflée et fendue dans son milieu ; les paupières supérieures sont tuméfiées et brident spasmodiquement les inférieures. Lorsqu'on cherche à vaincre le blépharo-

spasme, d'abondantes larmes, mêlées de muco-pus, sont projetées au dehors. La malade accusé une sensation de sable entre les paupières; vers le soir, cette sensation est plus prononcée, et s'accompagne de douleurs violentes autour de l'orbite et parfois dans cette cavité. Les paupières sont unies le matin par du muco-pus desséché : ce n'est qu'à l'aide de lotions, et après de grands efforts, qu'elles peuvent être séparées; il y a toujours, à cette époque de la journée, un abondant écoulement de larmes.

M. Cunier veut procéder à l'examen du globe oculaire. Il ne parvient qu'avec la plus grande peine à écarter les paupières : après plusieurs tentatives inutiles, il réussit à retourner la paupière supérieure gauche, et fait ainsi saillir un bourrelet rétro-tarsien énorme qui est enlevé d'un coup de ciseaux. L'écoulement sanguin est favorisé au moyen de lotions tièdes.

Prescription. Un purgatif salin; toutes les heures, une friction fronto-temporale avec gros comme une noisette de cette pommade : Pr. : Onguent napolitain et extrait alcoolique de belladone, ãã P. E.— Instillations quatre fois par jour avec une solution de nitrate d'argent, 6 gr. par once d'eau distillée.

Le 30 juin, excision d'un bourrelet rétro-tarsien à droite. La malade est mise à l'usage des poudres suivantes :

Pr. : Calomel, gr. xx;
Soufre doré d'antimoine, gr. vj;
Opium pulv., gr j;
Sucre pulv., ℈ iv;
M. Div. en xx doses égales.
S.

A prendre une poudre d'heure en heure jusqu'à prodromes de salivation.— Continuer les onctions et les instillations.

M. Cunier ayant dû partir le 1er juillet pour La Haye, et son absence s'étant prolongée pendant 15 jours, la malade resta, tout ce temps, confiée aux soins de M. le docteur Delhaye. Elle avait pris 40 grains de calomel lorsque la bouche commença à s'affecter. Après qu'on eut combattu les prodromes de salivation, elle fut mise à l'usage de l'iodure de potassium : régime animal, bierre pour boisson. Entre temps, les instillations et les onctions belladonées avaient été continuées; des emplâtres de Janin avaient été appliqués derrière chaque oreille.

L'amélioration fut des plus promptes. — Dès le 3 juillet, la malade pouvait tenir les paupières ouvertes; le blépharospasme

n'existait plus, la sécrétion avait presque complètement cessé. Les cornées étaient recouvertes, dans près des trois quarts de leur surface, par des vaisseaux entrelacés dont quelques-uns, plus volumineux, apparaissaient sur un fond terne; elles présentaient au centre une plaque plus opaque. Le quart inférieur des cornées était lui-même parcouru par quelques vaisseaux fins; mais leur tissu n'était nullement altéré en cet endroit. La conjonctive scléroticale était épaissie dans la partie supérieure du globe. La partie de conjonctive respectée dans l'excision était recouverte de granulations confluentes et végétantes dans la portion rétro-tarsienne, discrètes et dures dans la partie en rapport avec la moitié supérieure du tarse.

Cautérisation des paupières inférieures.

Le 4 et le 5, instillations. La malade commence à distinguer les objets. L'opacité de la cornée est en voie de résolution, la vascularisation disparaît sensiblement.

Le 6, cautérisation du bourrelet aux paupières supérieures. Vésicatoire derrière les oreilles.

Le 7, la malade peut se guider dans la maison et dans la cour de l'École vétérinaire; elle reconnaît tous les objets qui lui sont présentés, distingue les traits des personnes.

Le 8, elle ne s'est pas laissé guider pour venir de l'École vétérinaire à la clinique.

La vascularisation est presque entièrement détruite; il ne reste plus que quelques vaisseaux s'éteignant à 1 millimètre du bord de la cornée : un seul arrive au centre, où l'opacité est réduite au point que la pupille est facilement discernée. Le reste de la portion kératique altérée est simplement nuageuse.

A partir de ce jour, les granulations ont été traitées régulièrement par la cautérisation avec le nitrate d'argent, pratiquée, de deux ou de trois en trois jours, alternativement à l'une et à l'autre des quatre paupières. Le traitement général fut continué. A l'iodure de potassium succéda, après vingt-cinq jours, l'huile de foie de morue.

Le 10 août, les conjonctives palpébrables avaient repris leur aspect lisse et poli. La malade pouvait lire, se livrait à des travaux d'aiguille. Les cornées restaient nuageuses, un reste d'opacité persistait au centre de chaque côté.— Introduction tous les jours entre les paupières, le matin, de quelques gouttes d'huile de foie de morue, le soir, d'une pommade au précipité rouge.

Le 31 août, Hectorine Pluttaert a quitté Bruxelles, jouissant d'une

bonne vue, ne conservant de son affection des cornées qu'un simple nuage central. Sa santé générale était parfaite. La tisane de feuilles de noyer sera employée pendant cinq ou six semaines.

Elle a été représentée par M. Delwart le 3 octobre. On ne se serait jamais douté qu'elle avait été en proie à une affection aussi grave : elle était florissante de santé, et ses cornées ne conservaient pas, même au centre, cet aspect enfumé que M. Cunier a signalé comme persistant toujours après la guérison la plus heureuse du pannus. Elle lisait, enfilait une aiguille, travaillait à la plus vive lumière du jour comme à la lumière artificielle. En un mot, la guérison était complète.

Obs. II. — Henri Desmet, âgé de 43 ans, tempérament nervoso-sanguin, a exercé pendant vingt-deux années la profession de batelier. Depuis douze ans, il est hémorrhoïdaire, et il a presque toujours souffert de rhumatisme articulaire et de constipation; jamais il n'a été soumis à un traitement régulier. En 1840, il a pris, sans consulter le médecin, de l'huile de foie de morue pendant près de dix semaines. Il a commencé à souffrir six mois plus tard d'une ophthalmie contractée à la suite d'un refroidissement, et caractérisée, dès le début, par une sécrétion muco-purulente assez abondante et de fortes douleurs orbitaires et fronto-temporales, toujours plus intenses pendant la nuit et s'exaspérant par les variations de température. Cette ophthalmie l'avait obligé de discontinuer les occupations de son état. Deux saignées du bras, un séton à la nuque, quelques purgatifs, l'usage d'un collyre au sous-acétate de plomb, constituent les moyens employés pendant la période d'acuité. Il a depuis lors fait usage de la pommade de Lubin, débitée par l'abbé Hennus. Dans les derniers temps, la cautérisation a été tentée; mais elle a eu pour effet une exagération fort vive du mal, et elle a été abandonnée par l'oculiste ambulant qui y avait eu recours.

Voici l'état dans lequel il se trouvait le 24 juillet 1843, lorsqu'il est venu réclamer des soins à l'Institut ophthalmique de Bruxelles, envoyé par M. le baron de Viron, gouverneur de la province de Brabant :

Les articulations des genoux sont en ce moment tuméfiées ; le malade y ressent des douleurs aiguës, surtout pendant le séjour au lit. L'interrogation apprend que les hémorrhoïdes, qui étaient fluentes, sont supprimées depuis six ou sept semaines. Il se passe souvent cinq et six jours sans qu'il y ait de selle ; l'augmentation de la constipation est toujours en rapport avec le retour des douleurs

articulaires et l'exacerbation du mal d'yeux. Peau sèche. Tête pesante. Pouls lent, plein. Pas d'appétit.

Les paupières, ordinairement affectées d'un spasme très-fort, peuvent, depuis le gonflement des genoux, être entr'ouvertes. La photophobie est plus prononcée vers le soir. La paupière inférieure droite est tournée en dedans; ses cils sont en contact avec le globe, dont les mouvements sont très-douloureux. Le cul-de-sac des deux paupières inférieures est baigné par du muco-pus épais; leur conjonctive est recouverte de granulations, ou plutôt de végétations. En haut, cette membrane offre le même aspect; il existe un énorme bourrelet rétro-tarsien que l'on peut reconnaître à travers la peau lorsque les paupières sont en place. La cornée droite est staphylomateuse. De chaque côté, cette membrane apparaît comme un morceau de chair baveuse, parcourue par des vaisseaux d'un rouge carmin, plus nombreux et plus serrés dans les deux tiers supérieurs; ces vaisseaux forment comme une superposition provenant de la conjonctive de la sclérotique. La vision est nulle depuis près de trois ans; il ne reste que la sensation de la lumière du côté gauche.

Il est à noter que depuis son affection oculaire, le malade est presque toujours forcé de tenir la position assise, le haut du corps et la tête portés en avant, et que pendant l'été, lorsque la température est bonne, il ressent du mieux, se donne du mouvement, et qu'alors le ventre est plus libre. Desmet, qui est très-intelligent, entre dans des détails précis à ce sujet. C'est à l'absence de selles depuis quatre jours qu'il rapporte les douleurs pongitives qu'il ressent pendant toute la nuit dans les orbites, et qui le privent de sommeil; la région sourcilière, et principalement le bord orbitaire supérieur, sont le siége d'une sensation douloureuse qui tourmente d'une façon atroce vers minuit, et dont le malade ne peut parler sans une espèce d'horreur.

Il est remédié à l'entropion par l'opération de M. Cunier, que j'ai décrite vol. X, p. 178 des *Annales d'Oculistique.* Une portion du bourrelet rétro-tarsien est retranchée à l'aide de ciseaux courbes.

Prescription. Appliquer vingt sangsues au fondement, faire saigner abondamment les piqûres. — Une once sulfate de magnésie avec 1 grain tartre stibié, à faire dissoudre dans un verre d'eau pour être pris demain matin à jeun. — Ce soir, 5 ventouses scarifiées à la nuque et entre les épaules. — Instiller toutes les quatre heures entre les paupières quelques gouttes d'une solution d'azotate acide d'argent (4 gr. par ℥ j d'eau distillée). — Lotions fréquentes avec

l'eau de Conradi tiédie (sublimé corrosif, gr. ß ; eau distillée de belladone, ℥iv; laudan. liq. de Sydenh., gtt. xx). — Il sera pratiqué toutes les heures une friction fronto-temporale avec gros comme une noisette de cette pommade :

℞ Onguent napolitain, } ana ʒj;
Extrait alcoolique de belladone, }
Laudanum de Rousseau, ℈j.
M. exactement.

Nourriture légère et prise en petite quantité. Pour boisson, infusion de sureau et de tilleul, avec nitrate de potasse (ʒj dans la journée).

Le 25 *juillet.* — Le sulfate de magnésie et le tartre stibié ont déterminé des envies de vomir, d'abord, puis cinq garderobes. — Les sangsues ont beaucoup donné : le sang qu'elles ont rendu était noir et fort épais. — L'état du malade est meilleur. Ainsi la lourdeur de la tête a pour ainsi dire disparu ; les douleurs intra et circum-orbitaires se sont amendées ; il y a eu sommeil pendant près de deux heures ; les mouvements des yeux sont plus aisés, la photophobie moindre. Les genoux sont à la fois moins tuméfiés et moins douloureux.

Prescription. Les onctions, les lotions et les instillations seront continuées. — Frictions avec une pommade stibiée aux endroits où ont été placées hier des ventouses scarifiées.

Il sera pris d'heure en heure une de ces pilules :

R. Protochlorure de mercure, gr. xx ;
Soufre doré d'antimoine, } ana gr. v;
Extr. alc. de sem. de colchique, }
— — d'aconit napel, gr. ijß.
M. F. S. A. 20 pilules égales.

Le 26. Mieux prononcé. Le malade a reposé durant deux heures dans l'après-midi d'hier et pendant six heures de la nuit. Il est gai et dispos. La tête est presque complètement libre : les douleurs orbitaires ont cessé hier soir vers neuf heures : celles du rebord et du fond de l'orbite persistent, mais supportables. — Il y a eu deux selles depuis hier. — De nombreuses pustules ont été soulevées par la pommade stibiée ; elles sont pansées avec le cérat.

Continuer les moyens employés.

Le 27. Le mieux continue. Les paupières sont aisément tenues ouvertes à un demi-jour ; leur sécrétion a considérablement diminué.

Les cornées ont perdu leur aspect baveux ; elles apparaissent maintenant d'un bleu-grisâtre entre les vascularisations du tiers inférieur.

Les granulations des paupières inférieures sont touchées avec le crayon de sulfate de cuivre. Les pilules seront continuées jusqu'à ce qu'il se manifeste des prodromes de salivation. Un emplâtre de Janin derrière chaque oreille. Continuer les autres moyens.

Le 29. L'épingle qui a été appliquée pour le redressement de la paupière intro-versée est entourée d'un peu de suppuration. Elle est enlevée. La paupière conserve sa position normale.

L'état des yeux s'est beaucoup amélioré depuis deux jours. L'ombre des gros objets passant devant l'œil gauche est reconnue ; la cornée commence à être discernée dans le segment supérieur, vers l'union avec la sclérotique. Les vascularisations diminuent de nombre et de calibre. A droite, ces vascularisations ont aussi diminué ; mais les douleurs orbitaires et péri-orbitaires ont été très-vives pendant la nuit. La tête n'est plus aussi libre. Prodromes de salivation. Pas de garderobe hier.

Prescription. — Dix sangsues à la marge de l'anus. — Appliquer auparavant un lavement émollient additionné d'une couple d'onces de sirop de mélasse. — Quatre fois dans la journée, 15 gouttes de teinture alcoolique de semences de colchique dans une tasse d'infusion de tilleul. — Un pédiluve irritant avant de se mettre au lit. — Cesser les instillations. Les onctions, les lotions et la boisson nitrée sont continuées.

Le 30.— Tête parfaitement libre. Sentiment de bien-être général. — Attouchement des granulations des paupières supérieures avec un pinceau imbibé de solution de nitrate d'argent cristallisé (eau et nitrate, ana p. é. en poids).— 15 gouttes de teinture de colchique 5 fois par jour.

Le 3 *août.* — La teinture de colchique est bien supportée ; elle provoque trois ou quatre selles dans la journée. — Les genoux, encore tuméfiés, ont cessé d'être douloureux. Le malade peut marcher aisément depuis hier. — Les yeux sont dans un état fort satisfaisant. La cornée gauche s'éclaircit de jour en jour ; elle offre maintenant trois ou quatre plaques où son tissu peut être discerné. L'inspection de ces plaques et l'aspect du segment inférieur font espérer que la partie centrale n'est pas désorganisée et que la vision pourra être rétablie. Cessation complète de la photophobie et des douleurs orbitaires.

Mêmes moyens. Cautérisation de la paupière supérieure à gauche et de l'inférieure à droite. L'attouchement est rapide et léger. — Instillations matin et soir avec du laudanum étendu d'un tiers d'eau. — Remplacer les emplâtres de Janin placés derrière les oreilles, et tombés spontanément depuis deux jours.

Le 6 *août*. Continuation de l'amélioration. La teinture de colchique a déterminé hier dix à douze selles, et a dû être suspendue; elle est remplacée par ces pilules :

R. Extrait alc. de semences de colchique, } ana Ɔj;
— d'aconit napel, }
— d'aloès, gr. xv.
M. F. 20 pilules égales.

S.— A prendre une pilule matin, midi et soir.

Cautérisation de la paupière supérieure à droite, et de l'inférieure à gauche.

J'interromps ici le journal de la maladie. Je me bornerai à dire que les pilules ci-dessus ont été continuées pendant près d'un mois, au nombre de 3 ou 4 dans la journée; qu'elles ont eu pour effet de maintenir la liberté du ventre, et qu'après quinze jours de leur emploi, les hémorrhoïdes ont reparu. — Les granulations ont été réprimées par la cautérisation pratiquée tous les jours à l'une des quatre paupières, en commençant par l'inférieure droite, touchant : le second jour, la paupière supérieure gauche; le troisième jour, la paupière supérieure droite; le quatrième, l'inférieure gauche; — ce qui fait quatre jours d'intervalle entre chaque nouvel attouchement de la même paupière, et deux jours entre chaque cautérisation du même côté, mais à une paupière différente.— Les lotions et instillations laudanisées ont été continuées. Vésicatoire au bras droit.

Dès le 12, la cornée gauche a commencé à s'éclaircir vers son centre. Les gros objets ont, à partir de ce jour, pu être reconnus; le malade a pu se conduire dans la maison. On le surprenait incessamment occupé à faire jouer ses doigts devant son œil gauche, la physionomie empreinte de joie.

A partir du 21, jour où les hémorrhoïdes ont reparu tout à coup, l'amélioration est devenue plus progressive. En deux jours, la vascularisation et l'obnébulation des deux tiers supérieurs ont rétrogradé d'une manière on ne saurait plus notable.— La portion centrale a suivi la même marche vers le mieux. On distingue aujourd'hui la pupille; le malade reconnaît les traits de la figure, il se conduit

sans peine par la rue et dans la maison. Il voit son manger dans l'assiette, coupe sa viande, se sert de sa fourchette, non sans piquer quelquefois à côté du morceau qu'il veut saisir.

Le 29 *août*. L'obscurcissement central est réduit à un espace presque rond de 1 à 2 millimètres ; c'est plutôt une matité qu'un dépôt plastique. La cornée reste nuageuse dans son segment supérieur ; en bas, elle est redevenue tout à fait saine.— Plus de vascularisation. — Les paupières inférieures sont tout à fait débarrassées de granulations ; en haut, il en persiste vers les angles, surtout à droite.

La staphylôme ayant augmenté d'une manière remarquable depuis cinq jours, et proéminant entre les paupières, une portion en est retranchée ; la sortie du cristallin est provoquée.

Le 8 *septembre*. La cicatrisation était complète. Dès le 1er, l'extrait alcoolique de semences de colchique avait été retranché des pilules, qui ne furent plus composées, à partir de ce moment, que d'extrait d'aconit et d'extrait d'aloès.—Les hémorrhoïdes, devenues douloureuses, ont exigé une application de quelques sangsues.

Le 18 *septembre*. Les quatre paupières sont saines. L'obscurcissement de la partie centrale de la cornée gauche s'est de plus en plus limité ; il y a eu évidemment ulcération en cet endroit, comme du côté droit où elle a été plus profonde et plus étendue ; d'où sans contredit le staphylôme. Tout annonce qu'il subsistera une opacité centrale, d'une circonférence de moins de 1 1/2 millimètre. Le pourtour de cette opacité est nuageux, ainsi que le segment kératique supérieur. La vision gagne tous les jours, mais se fait absolument comme à travers un verre légèrement dépoli.

Remplacer les emplâtres de Janin derrière les oreilles ; les renouveler deux ou trois jours après leur chute spontanée.— Continuer les pilules aloétiques. — De temps en temps quelques sangsues au pourtour de l'anus. — Instiller tous les matins entre les paupières du côté gauche quelques gouttes de laudanum. Suspendre tous les huit jours, pendant une semaine, ces instillations, les remplacer alors par l'introduction soir et matin, entre les paupières, de gros comme une tête d'épingle de cette pommade :

R. Précipité rouge, gr. iij ;
Cérat d'Édimbourg , ʒj.
M. exact.

Le 3 *octobre*. Le malade se représente. L'opacité centrale est

limitée ; elle est devenue d'un blanc plus éclatant. Le nuage a beaucoup diminué, mais la cornée conserve, principalement vers le centre et en haut, un aspect enfumé qu'elle ne perdra sans doute pas.

La vision a beaucoup gagné. La lecture du gros caractère est possible ; elle est aisée en faisant usage d'un verre convexe n° 36, dont l'emploi est sévèrement proscrit.

Le vésicatoire du bras est supprimé. — Il sera pris tous les soirs un grain d'aloès.— De temps à autre, un emplâtre de Janin derrière chaque oreille.— Continuer les instillations de laudanum.

Le malade a été revu le 16 novembre. La vue n'avait plus gagné depuis un mois. Desmet n'avait plus besoin d'aide pour se conduire : il était devenu le coureur d'un marchand de charbon, et son bonheur était grand de pouvoir gagner de quoi adoucir le sort de sa famille que ses trois années de cécité avaient presque réduite à l'indigence. La vision était suffisante pour qu'il pût noter avec exactitude, mais en gros caractères et avec de gros chiffres, les commandes qu'il réussissait à prendre pour compte du marchand qui l'employait.

Le 23 *novembre*. Il a eu l'imprudence de passer la veille plusieurs heures dans un endroit assez humide. Le soir, il a ressenti des douleurs articulaires. Aujourd'hui, les yeux sont rouges (injection péri-cornéale), leurs mouvements douloureux. — Dix sangsues au siége. Six ventouses scarifiées entre les épaules. Teinture de colchique. Cataplasmes de farine de lin et de moutarde autour des genoux.— Onctions mercurielles belladonées.

Le 25. L'injection et la douleur oculaires ont cessé. Par contre, les genoux sont tuméfiés, très-douloureux.— Continuer la teinture de colchique, 75 gouttes par jour.— Un emplâtre de Janin derrière chaque oreille.

Après cinq jours, les genoux étaient revenus à leur état normal ; l'affection oculaire avait été jugulée. — Desmet a été mis durant un mois encore aux pilules de colchique et d'aloès formulées ci-dessus à la date du 6 août.

Il est venu nous revoir en janvier 1844, jouissant toujours de la vision qu'il a été si heureux de récupérer.

Obs. III. — Desmet, Pierre, âgé de 44 ans, tempérament lymphatico-sanguin, est porteur de sacs à Alost ; il a été confié aux soins de M. Cunier par le bureau de bienfaisance de cette ville, sur les instances de M. Dekraeker.

Il y a cinq années que Desmet souffre des yeux et a cessé de pou-

voir travailler. Il s'est présenté pour la première fois à la clinique le 28 juillet 1843. On constate une kératite vasculaire des deux yeux, avec altération grave de la conjonctive cornéale. Du côté droit, la cornée offre en son centre et dans son segment interne une ulcération infundibuliforme, irrégulièrement ronde, de 2 à 3 millimètres de circonférence. Le blépharospasme est excessif, et ce n'est qu'avec la plus grande peine que nous avons réussi à constater l'état des globes oculaires, qui sont baignés par une abondante sécrétion muco-purulente. Les conjonctives des quatre paupières sont recouvertes d'énormes granulations luxuriantes; dans le pli supérieur, il en est cinq ou six de chaque côté, qui sont pédiculées, longues de 4 à 5 millimètres, aplaties entre les paupières et le globe, larges à leur extrémité supérieure de plus de 1 millimètre. La sensation de sable entre les paupières est modérée.

Le malade se plaint de douleurs gravatives dans la région sourcilière, occupant parfois, mais rarement, le bord orbitaire supérieur. Il accuse depuis un certain temps une grande pesanteur de tête, que la saignée répétée deux fois n'a que fort peu amendée. — Jamais Desmet n'a souffert de rhumatisme; toujours il s'est bien porté jusqu'au moment où il a été atteint de l'ophthalmie qui l'a rendu aveugle. Mais depuis cette époque, la constipation dont il souffre habituellement est devenue plus prononcée; parfois il se passe 5 et 6 jours sans que des selles aient lieu. Des hémorrhoïdes saignantes ont apparu à trois reprises. Cet embarras abdominal doit être rapporté à la position assise, le haut du corps et la tête inclinés en avant; position que Desmet est obligé de tenir pendant presque toute la journée : ce n'est que de loin en loin qu'il se donne quelque mouvement.

Plusieurs traitements topiques, entre autres la cautérisation avec la pierre infernale, ont été essayés sans le moindre succès par divers praticiens recommandables. Un traitement homœopathique a aussi été institué durant plusieurs mois.

Les granulations et une partie du bourrelet des conjonctives supérieures ayant été excisées, les prescriptions suivantes ont été faites :

Appliquer dix sangsues au pourtour de l'anus. — Se purger demain matin avec une once de sulfate de magnésie et un grain d'émétique dissous dans six onces d'eau, et à prendre en quatre fois, à jeun, à un quart d'heure de distance.—A partir d'après-demain, prendre de 2 en 2 heures une de ces pilules :

R. Protochlorure de mercure, gr. xxiv;
Aloès succotrin, gr. viij;
Extrait de taraxacum, gr. xxx.
M. F. S. A. 24 pilules égales.

Appliquer derrière chaque oreille un emplâtre de Janin. — D'heure en heure, une onction douce sur le front et les tempes avec gros comme une noisette de pommade mercurielle belladonée.— Instillations trois fois par jour avec solution d'azotate acide d'argent (8 gr. par once).— Pédiluve irritant de deux jours l'un.— Se donner du mouvement.— Nourriture légère, beaucoup de légumes.

Le 4 août. — Desmet se représente à la visite. La tête est libre ; deux ou trois garderobes ont été produites chaque jour. Plus de sécrétion palpébrale : il ne reste de blépharospasme qu'à droite, où il existe des ulcérations kératiques. Les vascularisations ont diminué de plus de moitié ; la vision est aujourd'hui possible à gauche, de manière à permettre au malade de trouver la porte de l'appartement, de reconnaître devant lui un homme d'avec une femme.

Cautérisation des paupières inférieure gauche et supérieure droite. Instiller trois fois par jour, entre les paupières, quelques gouttes de ce collyre, qui servira en outre à lotionner les yeux : Pr. : Deuto-chlorure de mercure, gr. j ; eau distillée, ℥ iv ; laudanum de Syd., gutt. xxx. M.—Un vésicatoire à la nuque.— 1 1/2 gr. d'aloès et de soufre soir et matin. — Continuer les onctions belladonées.

Le 8 *août.* — L'amélioration surpasse toute attente. La cornée gauche n'offre plus que des vascularisations fines et quelques plaques dégénérées dont une occupe le centre, mais permet de reconnaître la pupille. — Les ulcérations sont cicatrisées à droite. Le malade se plaint des hémorrhoïdes.

Cautérisation des paupières supérieure gauche et inférieure droite. — Six sangsues au fondement. — Prendre tous les matins trois ou quatre de ces pilules : Pr. : Sulfate de potasse, gomme ammoniaque, extrait de taraxacum, et savon médicinal, de chaque 1/2 gros ; résine de jalap, 20 grains. M. Faites 30 pilules égales. — Continuer les autres moyens.

La cautérisation a été pratiquée par la suite tous les deux ou trois jours, alternativement à deux paupières, une de chaque côté ; les instillations laudanisées ont été continuées ; les pilules prescrites le 8 ont entretenu une parfaite liberté du ventre.

Le 25 *août.* — Quelques vaisseaux excessivement fins étaient encore perceptibles dans le segment supérieur des deux cornées. La

vue était redevenue aussi bonne que le permettaient un nuage central à gauche et une cicatrice centrale à droite. Les granulations qui persistaient en haut ont été poursuivies par l'attouchement pratiqué tous les 3, 4 ou 5 jours. — Le vésicatoire du cou a été supprimé ; des emplâtres de Janin, promenés derrière et devant les oreilles, l'ont remplacé. — Il a été fait usage de pommade rouge à introduire tous les jours entre les paupières.

Le 3 octobre. Desmet a repris son travail depuis quinze jours. La vue de l'œil gauche a gagné. A droite, il restera deux petits leucomes, résultat de la cicatrisation des ulcères. Il peut distinguer avec l'œil gauche les plus petits objets. Il lui est recommandé de soigner la liberté du ventre. Il a été revu en décembre et en janvier. La guérison était devenue plus parfaite encore.

Obs. IV. — Van Moll (Jean), âgé de 40 ans, ouvrier coloriste dans une fabrique à Alost, s'est présenté pour la première fois le 11 août 1843, dans l'état suivant :

Les paupières sont spasmodiquement closes, mais cependant pas au point de ne pouvoir être écartées. Les deux yeux baignent dans un abondant muco-pus et apparaissent comme une masse fongueuse, sans qu'il soit précisément possible de distinguer la séparation de la cornée d'avec la sclérotique. Les conjonctives palpébrales sont tapissées de granulations charnues, dures, serrées, surtout en haut et dans le pli rétro-tarsien où leur développement est plus considérable ; en bas, elles sont végétantes. Sensation assez forte de gravier entre les paupières.

Cet état est survenu à la suite d'une ophthalmie contractée il y a quatre ans, et dont la cause paraît avoir été un refroidissement. Depuis deux ans, la cécité est complète. Le malade n'a jamais eu le ventre régulièrement libre ; mais depuis une année surtout, il est devenu de plus en plus constipé : des hémorrhoïdes ont parfois apparu ; il n'en existe plus en ce moment. Il a enduré de temps à autre des douleurs périorbitaires qui n'ont jamais été fort violentes. La tête est habituellement lourde, ce qui a exigé, depuis quatre mois, deux saignées.

Van Moll a reçu les soins de deux médecins : par l'un, il a été traité homœopatiquement avec un résultat favorable d'abord, puis négatif ; le second l'a soumis à la cautérisation avec la pierre infernale, et ce traitement a toujours eu pour effet d'empirer le mal.

Prescription. — Douze sangsues au fondement. Se purger demain avec douze gros de sulfate de magnésie. A partir d'après

demain, prendre tous les soirs une pilule bleue de la pharmacopée d'Edimbourg, et le matin trois de ces pilules :

R. Aloès succotrin, } ana gr. xl ;
Soufre sublimé, }
Résine de jalap, gr. xx ;
Ext. de taraxacum, } ana gr. xxx.
Savon médicinal, }
M. F. 40 pilules égales.

Pédiluves.— Un vésicatoire à la nuque.— Une friction douce sur le front et les tempes, matin, midi et soir, avec gros comme une noisette de pommade mercurielle belladonée.— Instillations le matin et le soir avec une solution de nitrate d'argent (gr. ij sur ℥iv), et trois ou quatre fois pendant la journée avec ce collyre : Pr. : Subblimé corrosif, gr. j; eau distillée, ℥iv; laudanum de Syd., ℨj.— Nourriture végétale; eau pour boisson, en notable quantité.

Le 21. La tête est libre, la sécrétion est tarie. Les cornées apparaissent comme une masse bleuâtre cachée sous une couche de chair granuleuse. L'œil gauche est moins volumineux, et sans doute atrophié. Les granulations ont diminué de volume, sont luisantes. — De l'œil droit, Van Moll distingue sa main. — Continuer les mêmes moyens. Il restera à Bruxelles.

Le 23. Retour des hémorrhoïdes depuis hier. Le malade distingue de l'œil droit la couleur des cravattes, discerne les mouvements d'un bras agité devant lui. La cornée est découverte : elle est vasculaire, et entre les vascularisations existent des plaques de lymphe organisée. — L'œil gauche, atrophié, offre un point central perforé, comme si une portion de cornée venait d'être enlevée par l'instrument ; de ce côté, le malade reconnaît les traits des personnes placées devant lui.

Retrancher une des pilules du matin. — La cautérisation est pratiquée en bas, de chaque côté.

Pour éviter des répétitions, je dirai qu'à partir de ce moment la cautérisation a été continuée tous les 2, 3 ou 4 jours ; qu'il a été fait usage de légers révulsifs autour de l'orbite, de pommade rouge, du laudanum en instillations entre les paupières, etc. Dans les premiers jours de novembre, la maladie fut jugée guérie : trois petits albugos, suite de cicatrices, nuisent à la netteté de la vision, qui est néanmoins assez bonne pour que Van Moll ait pu reprendre le travail. L'œil gauche est perdu.

ÉTUDES CLINIQUES SUR L'OPÉRATION DE LA CATARACTE ;

Par le docteur SICHEL (*).

(Premier article.)

Généralités sur l'abaissement et l'extraction de la cataracte.

La question de savoir, pour l'opération de la cataracte, quelle est, de l'abaissement ou de l'extraction, la méthode que l'on doit préférer, a donné lieu à des discussions aussi anciennes que l'extraction elle-même. Cette méthode opératoire a été superficiellement mentionnée par quelques anciens chirurgiens, et surtout par les Arabes, qui la tenaient d'Antyllus. On sait qu'elle n'a été établie comme méthode régulière qu'en 1748, par Daviel. Au reste, de nos jours, ce n'est plus une question pour la majorité des chirurgiens et ophthalmologistes guidés par un jugement droit et une longue expérience. Chacune d'elles, dans l'opinion des praticiens éclairés, offre ses avantages et ses inconvénients. Toutes les deux, tour à tour, ont certaines indications spéciales d'après lesquelles elles doivent être employées. Aucune d'elles, en un mot, ne doit remplacer l'autre d'une manière absolue. Toutefois, hâtons-nous de le dire, quelques personnes qui dans la science font autorité adoptent exclusivement l'une de ces deux méthodes principales ; d'autres, et celles-ci sont en plus grand nombre, accordent une préférence non moins exclusive à l'un ou à l'autre procédé de chacune de ces deux méthodes. Il en est qui affectionnent la kératotomie supérieure, inférieure ou oblique, pour l'extraction ; d'autres qui, pour l'abaissement ou le broiement, préconisent soit le kératonixis, soit le scléroticonixis. Nous n'avons jamais approuvé ces prédilections trop absolues. De tout temps, au contraire, nous nous sommes fait une étude d'éprouver toutes les méthodes, de les employer alternativement ; et cela non point au hasard, par un aveugle empirisme, mais constamment d'après des règles déduites de l'expérience et du raisonnement. Ce sont des principes que, pour la plus grande partie, nous avons déjà établis dans notre *Traité de l'Ophthalmie et de la Cataracte*, etc. Toutefois, rien dans ce monde, ni la science, ni l'homme lui-même, ne peut rester stationnaire ; cela est encore plus impossible quand il s'agit d'une science d'observation. La conduite que nous nous sommes tracée est de passer en revue, de temps à autre, les notes que nous prenons le plus souvent qu'il nous est possible,

(*) Extrait de la *Gazette des Hôpitaux*.

et toujours avec une exactitude scrupuleuse : nous les examinons avec détail ; et d'après leur analyse comparative, il nous est facile d'en tirer, soit des conclusions qui viennent corroborer nos anciennes opinions, soit des déductions nouvelles qui rectifient ou complètent nos assertions primitives.

Ce sont les résultats d'une revue rétrospective ainsi comprise que nous allons soumettre aux lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*. Nous choisirons un certain nombre d'observations exactes que nous relierons ensemble par des considérations générales. Mais avant d'aller plus loin, nous ne saurions trop insister sur ce point, à savoir : que ces observations ont toutes été rédigées par nous-même et sur-le-champ, immédiatement après les opérations. Pour cette sorte de travail, nous ne nous fions jamais à notre mémoire ; la mémoire la plus heureuse est souvent incapable de retracer fidèlement certaines circonstances en apparence peu importantes, mais qui plus tard apparaissent comme un trait de lumière pour vous expliquer dans beaucoup de cas la véritable cause des succès ou des non-succès. De pareilles observations vous démontrent plus clairement certains points de pratique que les dissertations les plus éloquentes.

Nous commencerons par placer les unes à côté des autres quelques opérations pratiquées, les unes par extraction, les autres à l'aiguille ; nous disons *à l'aiguille*, car nous ne saurions adopter l'usage, encore assez généralement répandu, d'employer indifféremment le mot d'abaissement pour toutes les opérations faites à l'aiguille. Tant pour la manœuvre que pour leurs suites immédiates ou consécutives, l'abaissement proprement dit et le broiement présentent de trop grandes différences pour que l'on puisse les confondre. En agir de la sorte, c'est nuire à la justesse des conclusions ; car ce qui se rapporte logiquement à l'abaissement souvent ne convient pas au broiement, et se trouve au contraire en opposition avec cette méthode opératoire.

Première observation. — *Cataracte capsulo-lenticulaire demi-dure de l'œil gauche. Cataracte lenticulaire demi-molle de l'œil droit. Abaissement et broiement le* 20 *novembre* 1839. *Syncope entre les deux opérations. Cataracte secondaire incomplète des deux yeux, ne nuisant point au succès complet et durable. Conjonctivite catarrhale ; granulations villeuses, légères, combattues avec succès par la cautérisation avec le sulfate de cuivre.*

Madame Le....., d'Orléans, femme faible et nerveuse. Cataracte

capsulo-lenticulaire demi-dure de l'œil gauche. La capsule présente une étoile à sept ou huit branches blanchâtres et fortement élevées. L'œil droit est atteint d'une cataracte demi-molle extrêmement volumineuse. L'opération de l'œil gauche réussit très-bien. Je morcelle et j'abaisse le cristallin; puis j'en fais autant de la capsule, dont un lambeau seulement reste un peu visible au-dessus du bord inférieur de la pupille dilatée par la belladone. La malade est prise d'une syncope après l'opération, et je suis forcé d'attendre une demi-heure avant de porter l'instrument sur l'autre œil. Du côté droit, le cristallin est plus volumineux, le globe oculaire se place moins favorablement et demeure moins tranquille; aussi l'opération offre-t-elle plus de difficulté. Néanmoins elle réussit également bien. Le noyau est abaissé régulièrement, et la substance corticale morcelée; la capsule, déchirée, est détachée en grande partie. La malade n'a pas ressenti de douleur. Elle voit immédiatement après l'opération de l'œil droit, dont la pupille est très-nette. Du côté opposé, des flocons capsulo-lenticulaires viennent se placer dans l'ouverture pupillaire. Il ne survient pas d'inflammation, et la conjonctive de l'œil droit seule est un peu rose et gonflée.

Le second jour, la malade y ressent un peu plus de picotements que dans l'autre. Ces picotements sont accompagnés d'un peu de larmoiement et d'une légère tendance à la photophobie.— Frictions d'onguent napolitain belladoné; nourriture légère, composée de potages maigres, bouillons coupés et un peu de fruits et de légumes.

Les symptômes morbides se dissipent bientôt. La malade n'a point de vomissements; elle ne souffre aucunement. Au bout de quelques jours, le cristallin de l'œil gauche remonte un peu, sans dépasser la moitié inférieure de la pupille remplie par des fragments capsulaires.

Dans l'œil droit, le cristallin broyé présente une lacune dans sa partie supérieure. Les pupilles, après quelque temps, reviennent à leur état normal. La moitié inférieure de la pupille gauche est occupée par la capsule devenue opaque; mais la vue reste toujours bonne.

Vers la fin de novembre, toutes les nuits, la malade avait accusé des souffrances causées par la sensation de grains de sable, sensation que lui faisait éprouver une simple conjonctivite palpébrale. Un peu plus tard, à l'époque où un malade opéré le même jour qu'elle, et affecté après l'opération d'une ophthalmie rhumatismale, éprouvait une exaspération marquée de cette affection, elle fut prise d'une

phlegmasie plus intense de la conjonctive oculaire gauche avec injection confluente autour de la cornée et épaisseur considérable des vaisseaux. Les frictions mercurielles, le calomélas, et tous les moyens employés chez cet autre malade, lui furent ordonnés à moindres doses et d'une manière moins suivie, sans beaucoup de succès.

Dans la dernière quinzaine de décembre, je me bornai à un traitement expectatif.

Vers la fin de décembre, la circonférence de la conjonctive se débarrassa de l'injection qui ne persistait qu'autour de la cornée, et surtout dans les angles. La vue n'avait été aucunement affectée tout le temps que dura cette ophthalmie. Cependant la paupière supérieure s'était gonflée, avait rougi, et était devenue douloureuse; ce qui gênait un peu l'exercice de la vision, et fit dire à la malade qu'elle voyait en quelque sorte mieux de l'œil droit.

Dans cet œil, la moitié supérieure de la pupille s'est éclaircie (20 décembre), et la moitié inférieure seule présente une opacité qui ne semble plus dépendre que de la capsule.

Aucun moyen, ni le calomélas, ni les frictions mercurielles, ni le collyre de borax, etc., n'ayant fait diminuer l'injection oculaire, je me décide, vers le 1er janvier, à cautériser légèrement la conjonctive des deux paupières avec le sulfate de cuivre. Ce moyen, employé tous les deux à quatre jours, diminue rapidement l'injection.

Le 28, jour de son départ, la granulation villeuse persiste encore aux deux yeux. Je conseille de continuer la cautérisation deux à trois fois par semaine, et je prescris un collyre de borax (2 grammes pour 10 grammes d'eau et 10 grammes de mucilage). La malade voit parfaitement bien de loin avec des lunettes n° 6; elle lit avec le n° 36. Ce succès, par suite, ne s'est pas démenti.

Deuxième observation.— *Deux cataractes lenticulaires demi-molles. Conjonctivite chronique traitée longtemps sans résultat; constitution nerveuse; santé chancelante par suite de l'effet moral de la cécité. Extraction inférieure oblique. Longue syncope au milieu de l'opération. Succès complet des deux yeux. Retablissement de la santé générale.*

Madame S......, âgée de 52 ans, d'une constitution excessivement nerveuse, porte deux cataractes lenticulaires demi-molles. Celle de l'œil droit présente encore des stries blanches des couches corticales antérieures du cristallin sur un fond gris-blanchâtre. Celle de l'œil

gauche, moins complète et d'une teinte gris-blanchâtre, permet encore à madame S....... de distinguer les couleurs. Il existe une conjonctivite chronique palpébro-oculaire et légèrement granulée; quelques faisceaux vasculaires qui s'avancent jusqu'auprès des bords des cornées m'inspirent quelque crainte, et m'engagent à conseiller un traitement préparatoire, modérément antiphlogistique et dérivatif, qui est continué, mais sans effet appréciable, pendant près d'un an, la cautérisation superficielle des granulations avec le sulfate de cuivre que j'avais proposée n'ayant pas été employée. Madame S....... se décide avec peine à l'opération ; elle s'imagine que ses cataractes ne sont pas assez mûres. Enfin elle s'y résout. L'extraction est pratiquée le 19 juin 1844, par la kératotomie inférieure oblique. La malade, sans doute par un effort qu'elle fait sur elle-même, est très-calme et tient les yeux assez tranquilles ; mais quelques instants après que la section du lambeau gauche est terminée, elle éprouve une syncope prolongée. Ce n'est qu'au bout de vingt minutes environ que nous pouvons procéder à l'incision de la cornée droite, qui est un peu plus difficile, en ce que la patiente se trouve encore engourdie et peu maîtresse d'elle-même ; ce qui fait craindre à chaque instant une nouvelle syncope. Les deux cristallins sortent en entier; il ne reste qu'au pourtour des pupilles une bandelette capsulo-lenticulaire extrêmement étroite qui n'exige point l'introduction de la curette. L'opérée compte avec facilité les doigts qu'on lui présente. Quelques symptômes inflammatoires exigent une application de 10 sangsues le troisième jour après l'opération. Le septième, à la levée de l'appareil, la conjonctivite est fort modérée et cède facilement à l'emploi de l'eau de Seidlitz et de pédiluves. La vue est excellente, les pupilles sont très-nettes, et les cicatrices bien formées ; celle du côté gauche, cependant, est un peu soulevée dans une petite étendue de sa partie inférieure externe, ce qui cause à la malade de la gêne et une légère douleur pendant les mouvements des paupières. L'instillation de laudanum, pratiquée pendant deux jours, n'étant pas bien supportée, l'injection de la conjonctive ayant même augmenté et s'étant étendue à la sclérotique, soit par l'application du laudanum, soit en partie par l'effet d'un temps froid et humide, on a recours à des onctions mercurielles belladonées, et plus tard à un collyre de borax. La pupille gauche se dilate pendant l'usage de la pommade, ce qui permet de voir quelques débris capsulo-cristalliniens dans son tiers interne ; néanmoins, l'avant-veille de son départ, la malade distingue parfaitement bien de l'œil gauche, sans lunettes,

des objets peu volumineux, tels qu'un petit flacon, une cuillère. La pupille droite est entièrement nette : de cet œil la malade lit un caractère moyen à l'aide de verres à cataracte n° 30 ; mais elle ne sait point encore trouver immédiatement la distance à laquelle il faut qu'elle place les objets. Avec un verre convexe n° 7, elle voit de loin les fleurs dans le jardin, et reconnaît, par exemple, facilement des soleils placés à environ dix mètres de distance.

Après avoir pendant quelque temps fait continuer le collyre de borax, je reviens aux instillations de laudanum employées alternativement avec la légère cautérisation par le sulfate de cuivre. La cicatrice de la cornée gauche devient lisse, et toute gêne cesse de se faire sentir.

Le 7 août, veille du départ de madame S......., l'injection des conjonctives oculaires a presque entièrement disparu. L'état général de la santé, assez ébranlé depuis longtemps par les tourments de la cécité, était alors rétabli. L'appétit, les forces et l'embonpoint habituels étaient parfaitement revenus. Depuis quinze jours déjà la malade avait repris son régime et ses habitudes ordinaires.

Si, dans ce premier article, nous avons rapproché des exemples de cataractes guéries par l'un et l'autre procédé, c'est principalement pour développer et appuyer sur des preuves solides les propositions suivantes :

1° Ces méthodes peuvent, au premier coup d'œil, paraître couronnées d'un égal succès dans des cas à peu près semblables, quand elles sont pratiquées par un chirurgien exercé. Cependant, comme d'autres observations le prouveront plus tard, le nombre des succès augmente, si pour chaque cas particulier, avant de choisir telle ou telle méthode, on a soin de peser mûrement les indications ; et réciproquement les difficultés, les non-succès augmentent, lorsque l'on applique les méthodes au hasard et que l'on adopte l'une d'elles exclusivement.

2° Il n'est pas difficile de se rendre familières toutes les méthodes et leurs principaux procédés.

3° Dans chaque méthode, il est important de tenir compte des accidents qui accompagnent ou suivent les opérations et de les combattre sans retard d'une manière rationnelle et avec une énergie suffisante.

DEUX EXTRAITS DE L'HISTOIRE DES PROGRÈS RÉCENTS DE L'OPHTHALMOLOGIE FRANÇAISE.— LES OCULISTES AMBULANTS;

Par le docteur A. Guépin, de Nantes.

—

WILLIAMS, *oculiste des rois de l'Europe.*

Voici venir maintenant le très-ignorant et très-peu lettré Williams, oculiste des rois de l'Europe en 1830, et simplement, en 1814, oculiste honoraire de Sa Majesté très-chrétienne Louis XVIII, roi de France et de Navarre, mais déjà chevalier de la Légion d'honneur, membre des Sociétés de médecine de Paris, Toulouse, Marseille, Cambrai, Clermont-Ferrant, Evreux, etc., etc., propriétaire et directeur du Dispensaire royal et général de Londres. Ce digne homme, tout à fait biblique, se présente à vous une brochure à la main : le faux titre de ce livre est surmonté d'un œil avec cette légende : *Post tenebras lux;* vous y lisez : *qu'il désire que l'on sache qu'aussitôt l'heureuse paix qui a rendu le bonheur à l'univers, il s'est empressé de venir faire jouir les habitants de Paris des bienfaits de son remède.* Vous y lisez encore, à quelques lignes de distance, qu'on ne peut se procurer ce remède incomparable qu'en s'adressant chez lui, *franco*, soit à Londres, soit à Paris. Oh ! le respectable guérisseur que M. Williams ! Oh ! l'excellent oculiste ! Regardez-le : comme il est simple et modeste tout ensemble dans son extérieur, avec son habit bleu à boutons d'or qui croise sur un gros ventre ! Quel bourgeois naïf et candide de Londres porterait mieux un feutre gris ? Une figure aussi fine et cependant aussi ouverte ne peut être celle d'un charlatan. Non, M. Williams a réellement fait une découverte importante, et le titre d'oculiste de Louis XVII', la croix d'honneur (1), l'association à des compagnies recommandables, disent assez que son remède guérit tous les maux, non pas toutes les maladies du corps humain, mais seulement celles dont l'œil peut être affecté ; car M. Williams n'a jamais prétendu qu'il en fût autrement : il a trop de bonne foi pour attribuer à son spécifique des vertus qu'il n'aurait pas; et cependant, quel spécifique ! Jamais découverte utile mérita-t-elle davantage à son auteur d'être associé à l'Académie de médecine de Paris ? Ce remède, dont il emportera peut-être le secret dans la

(1) M. Cunier possède un exemplaire de la brochure de Williams, magnifiquement relié, portant cette inscription écrite de la main de cet oculiste : *Humblement offert à Sa Majesté le Roi de Prusse par l'auteur, ce 3 février* 1815. — *J. Williams.* La qualité de *chevalier de la Légion d'honneur*, qui figure parmi les titres, a été biffée, et Williams a écrit en place : *chevalier du Lys.* (Note de la Réd.).

tombe, guérissait à la fois avec une égale facilité les ulcères de la cornée et l'hypopion (pag. 20); il lui était indifférent (nous parlons du remède) d'avoir affaire à la procidence de l'iris, au resserrement de la pupille (atrésie), à des staphylômes, à des hydropisies, à l'amaurose, à l'héméralopie, au glaucôme : il triomphait également de toutes ces affections. Qui nous rendra cette recette précieuse, cet arcane mirobolant, ce secret merveilleux auquel s'étaient attachées de hautes distinctions ? Oh ! Williams, vous avez été pendant votre vie active la providence des aveugles, que votre mémoire soit bénie, et que l'Institut en corps, rendant un hommage tardif mais légitime à votre invention merveilleuse, dépose sur vos cheveux blancs la couronne des bienfaiteurs de l'humanité, en vous décernant tous les prix Monthyon réunis et condensés en un seul.

Nous avons eu, nous qui écrivons ces lignes, le bonheur inappréciable de voir de près ce digne et savant oculiste, alors décoré de plusieurs ordres et membre de bien des Académies ; il ne pratiquait pas l'opération de la cataracte, mais, pour la modeste somme de 500 francs, il y préparait les malades : c'était la même chose pour la pupille artificielle, la fistule lacrymale et les autres opérations de la chirurgie oculaire. Son remède les rendait plus simples, plus faciles et plus sûres. La Restauration, pleine de respect pour ses titres, lui avait permis d'exercer en France. Pourquoi faut-il que la Révolution de juillet, si coupable en fait de déceptions, nous ait encore privés de l'une des lumières du monde en lui demandant un diplôme. N'est-t-il pas extraordinaire que les procureurs du roi se soient permis de déclarer incapable d'exercer la médecine, un homme dont le livre portait le titre de correspondant de l'Académie de Paris ? Que devons-nous croire à ce sujet ? M. Williams aurait-il commis un faux suivi de plusieurs autres ? ou bien l'Académie aurait-elle jugé convenable d'ouvrir les bras, sans examen, au protégé de Louis XVIII ? Y aurait-il eu impudence sans nom de la part de l'oculiste anglais, ou simplement couardise et lâcheté des médecins les plus en renom de Paris ? Grand Dieu ! que de hontes trop ignorées, que de turpitudes trop vite oubliées à la suite des commotions politiques, et qu'ils sont rares en ce monde les hommes qui ont à la fois du savoir et du caractère !....

FORLENZE.

Voici maintenant un autre guérisseur. Il tient dans la main droite

une lettre de recommandation du ministre de l'intérieur, et dans la gauche un charmant in-octavo sur vélin, doré sur tranche, relié en maroquin vert. Vous ouvrez le délicieux volume fait pour les boudoirs et les salons, et le titre vous annonce qu'il est question des opérations pratiquées à Colmar par LE CÉLÈBRE OCULISTE FORLENZE.

Enchanté de connaître par ses œuvres un personnage aussi illustre, vous lisez avidement ce petit volume : à la page 83, vous trouvez une liste, par ordre de dates, des aveugles-nés opérés par Forlenze. Mais, ô premier désenchantement ! ce fameux oculiste, cet homme sans rival, n'a pratiqué que 28 opérations sur des aveugles-nés, et peut-être, mon cher lecteur, n'êtes-vous pas éloigné de ce chiffre, peut-être l'avez-vous dépassé, si vous vous livrez avec quelque ardeur à l'ophthalmologie. Parmi ces opérés, il en est probablement qui habitent non loin de chez vous. L'envie vous prend de connaître plus intimement encore les grands succès du grand oculiste ; mais, ô désappointement nouveau ! les faits ne répondent ni au vélin, ni au maroquin, ni à la dorure de son livre, et voici ce que vous dit très-prosaïquement le confrère que vous interrogez à ce sujet :

J'habitais Nantes lors du passage de M. Forlenze ; il y pratiqua deux pupilles artificielles sans aucun succès ; il ne fut pas plus heureux à Rennes et à Angers : ses opérations d'aveugles-nés furent aussi généralement sans résultat durable. Malheureusement, je suis coupable, comme bien d'autres, d'une signature de complaisance. Au moment de partir pour Brest, Forlenze, qui nous avait invités à dîner à l'Hôtel de France, nous fit passer avec le champagne une lettre de recommandation constatant ses brillants résultats et son habileté chirurgicale, lettre que nous signâmes tous sans oser faire d'objection à notre aimable amphytrion.

Nous sommes loin de vouloir nier le mérite réel de Forlenze ; mais nous croyons que sa manière d'agir était inconvenante, que beaucoup de ses succès peuvent être contestés, et nous n'avons rien vu, dans le peu qu'il a écrit, qui mérite l'honneur d'une discussion spéciale ou d'une réfutation ; enfin l'étude publiée à Colmar, à son sujet, par un homme du monde, n'apprend rien que Janin n'eût enseigné auparavant dans le siècle dernier. Elle n'a pas même le mérite de la forme, tout en faisant à l'oculiste ambulant cette large part de considération scientifique que nous accorderions à peine aux travaux de Demours, l'un des hommes les plus considérables de l'époque, au point de vue spécial de l'ophthalmologie.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX RUSSES.

Medizinische Zeitung Russlands.

De l'ophthalmie scorbutique ; par H. Thielmann, assistant à l'hôpital de Pierre-Paul, à Saint-Pétersbourg.— Dans un premier article (1), nous avons analysé la partie de ce travail relative à l'inflammation scorbutique des paupières : il nous reste à suivre l'auteur dans son exposition de l'inflammation scorbutique du globe de l'œil.

A. *Taraxis scorbutique.*— L'inflammation de la surface du globe de l'œil se montre conjointement avec celle de la partie interne des paupières, ou quelque temps après. — Les vaisseaux de la conjonctive palpébrale commencent à rougir vers la périphérie du globe ; peu à peu, mais le plus souvent tout à coup, ils s'étendent sur toute la surface de la conjonctive scléroticale, et se perdent sur le bord de la cornée, qu'ils ne dépassent que dans les cas de complication avec une ophthalmie rhumatismale ou scrofuleuse. Ils forment d'abord un simple réseau composé de vaisseaux dont le tronc se trouve à la périphérie, et dont les branches et les rameaux, s'anastomosant à droite et à gauche, forment les angles les plus diversifiés et se multiplient et s'épaississent à mesure qu'ils se rapprochent de la cornée. Les vaisseaux isolés ne suivent point une direction droite, mais ils vont en serpentant. Bientôt après la formation de ce premier réseau vasculaire qui détermine des plis dans la conjonctive quand le globe se meut, et qui par conséquent doit appartenir à cette membrane, on en voit naître un second, plus profondément situé, dont les principaux troncs, en forme d'arborescences, s'étendent de la périphérie vers la cornée, et qui, pris en particulier, ne vont pas en serpentant, mais en ligne droite ; ils sont en même temps moins riches en branches que ceux du premier réseau, et conservent d'une manière constante, comme les veines, une couleur tirant sur le bleu, tandis que ceux du réseau supérieur offrent toutes les nuances du rouge.

Au réseau vasculaire supérieur se montrent de bonne heure les symptômes caractéristiques de l'affection scorbutique, c'est-à-dire les transsudations sanguines sur les parois des vaisseaux, les ecchymoses tachetées et rayées que nous avons vues dans la blépharite

(1) *Annales d'Oculistique*, vol. XII, pp. 173-175.

scorbutique, et qui, ici sur la sclérotique, à cause de sa couleur blanche, sont plus distincts que sur la conjonctive palpébrale. Souvent on ne les remarque que sur des places limitées ; souvent aussi elles sont répandues sur tous les vaisseaux. Lorsque les ecchymoses de peu d'étendue se réunissent, elles occupent des espaces plus ou moins grands et quelquefois même toute la surface de la conjonctive scléroticale. Cependant on remarque qu'elles siégent de préférence dans la partie cachée à l'état ordinaire de vision, tandis que dans les deux angles, où il n'y a point de frottement, elles manquent. De là deux cônes placés sur les deux côtés de la cornée, dont la base est formée par le bord de celle-ci, et qui conservent leur couleur naturelle.

La rougeur du réseau vasculaire supérieur dépend, comme dans la blépharite scorbutique, du degré de la dyscrasie scorbutique, et présente par conséquent toutes les nuances du sang artériel et veineux. La même chose a lieu pour les ecchymoses, que l'on trouve tantôt d'un rouge clair, tantôt foncé, tantôt noirâtre.

On doit se garder de confondre ces ecchymoses avec d'autres qui surviennent sans inflammation, par une cause quelconque, et qui donnent souvent un aspect horrible à l'organe de la vue, mais qui disparaissent ordinairement sans le secours de l'art. Lorsque l'inflammation scorbutique du globe de l'œil est simple, sans complication catarrhale, rhumatismale, syphilitique, etc., le malade n'accuse ordinairement aucune douleur ; il éprouve tout au plus le sentiment d'une augmentation de chaleur, d'un léger feu, auquel se joint parfois une sensation de chatouillement. Il paraît même que l'ophthalmie scorbutique, à ce degré, est une des formes les moins douloureuses de l'inflammation oculaire.

Le pli semi-lunaire et la caroncule lacrymale participent souvent à l'affection ; ils se tuméfient et présentent une couleur plus foncée qu'à l'état normal.

La photophobie est presque nulle, comme dans la blépharite scorbutique, à moins qu'il n'y ait complication : ici, comme dans la blépharite, les larmes sont quelquefois mêlées d'un peu de sang.

La sécrétion de mucosités est toujours en raison de l'inflammation palpébrale coexistante.

B. *Chémosis scorbutique.* — Lorsque le taraxis augmente, il y a toujours des vaisseaux nouveaux qui apparaissent. Le réseau supérieur s'épaissit de plus en plus, et des exsudations séreuses et lymphatiques d'une consistance variable se répandent dans le tissu cel-

lunaire de la conjonctive scléroticale. Celle-ci se boursouffle par cela même, elle offre une apparence charnue et se tuméfie autour du bord de la cornée; de telle sorte que les côtés opposés se rapprochent souvent à un tel point qu'ils recouvrent en plus ou moins grande partie la surface de la cornée. Souvent encore la conjonctive se gonfle d'un seul côté, en formant un lambeau unique qui s'applique sur la cornée et qui, par son frottement, lui donne un aspect enfumé.

Dans la conjonctive ainsi tuméfiée, on remarque par-ci par-là quelques vaisseaux sanguins qui se sont développés avec elle; tandis que tous les autres sont restés au fond, ou cachés dans l'épaisseur de la tumeur avec les ecchymoses.

La couleur n'offre pas un signe caractéristique, pas plus que dans les autres formes scorbutiques; car elle varie depuis le rouge de chair jusqu'au violet sale. Dans le dernier cas, qui est très-rare, on ne peut guère se tromper; tandis que l'autre peut facilement être confondu, à la première vue, avec une ophthalmie blennorrhagique, où de semblables boursoufflements ont également lieu. C'est pourquoi il faut, en cette occurrence, ne pas faire attention seulement à l'état général du malade, mais particulièrement aux segments du globe de l'œil recouverts et comprimés par les paupières; et on découvrira, dans la plupart des cas, des ecchymoses plus ou moins étendues, tant sur la surface interne des paupières que sur la sclérotique même. On remarque en outre, comme dans le cas de taraxis, des espaces triangulaires sur les deux côtés de la cornée, qui restent plus ou moins épargnés par l'affection et présentent une coloration rouge claire ou même blanchâtre.

La sclérotique ainsi tuméfiée saigne facilement dès qu'on la touche avec le doigt; elle est lâche, friable, et rarement d'une consistance un peu ferme.

La caroncule lacrymale et le pli semi-lunaire prennent, dans cette forme, toujours part à l'affection inflammatoire. Le dernier se boursouffle quelquefois au point de se rapprocher fortement du bord de la cornée, et se laisse facilement renverser au moyen d'une sonde. La couleur est ordinairement semblable à celle de la sclérotique tuméfiée.

Les paupières se gonflent, dans ce cas, comme nous l'avons remarqué jusqu'ici, à un degré tel, qu'elles ressemblent assez souvent au poing d'un enfant nouveau-né. La surface externe se colore comme il a été dit en parlant de la blépharite.

Ici la photophobie existe constamment à un degré plus ou moins élevé.

Le larmoiement est assez ordinaire, et les larmes se teignent souvent même en rouge à cause du suintement sanguinolent des membranes tuméfiées.

Il y a constamment sécrétion de mucosités dans ce degré de l'inflammation. Ces mucosités ne filent pas ; mais elles forment un liquide semblable à une émulsion, d'une couleur blanche, d'un blanc sale, ou brunâtre.

Le malade se plaint ordinairement d'une tension, d'un poids, d'une augmentation de chaleur, d'une vue affaiblie ; tous symptômes que l'on peut bien faire dériver de l'accroissement de volume du globe de l'œil et de l'effet mécanique qui en résulte. Cependant il existe quelquefois des douleurs lancinantes dans le globe et les paupières, qui augmentent ordinairement la nuit, comme les douleurs rhumatismales.

Au déclin de l'inflammation, la tuméfaction diminue insensiblement, ou bien tout d'un coup ; les vaisseaux redeviennent de plus en plus visibles, et les réseaux ainsi que les ecchymoses reparaissent. Finalement, ceux-ci disparaissent aussi, en s'amincissant, à partir de la cornée, et, en même temps, comme il arrive le plus souvent, les ecchymoses sont résorbées, si elles ne l'ont pas déjà été auparavant, en laissant toutefois quelques taches jaunes sur la sclérotique.

Si, au contraire, l'inflammation augmente, elle se transmet ordinairement à la cornée, et il survient une kératite scorbutique.

C. *Kératite scorbutique.* — L'inflammation scorbutique de la cornée, qui, du reste, peut déjà exister en même temps que le taraxis, se présente sous la forme suivante : le feuillet de la conjonctive prend, dans la plupart des cas, un aspect mat et nébuleux d'abord, puis le trouble se propage à la cornée même et à ses lamelles, où il présente l'aspect de l'épaississement de la sérosité contenue entre les lamelles ; et pour peu que l'inflammation fasse des progrès, il augmente si considérablement qu'on n'est plus capable de distinguer les parties situées dans l'intérieur de l'œil. La cornée se tuméfie enfin, les lamelles se soulèvent comme les feuilles d'un livre, et le trouble s'accroît toujours. Souvent on voit survenir des phlyctènes blanchâtres, d'une grandeur variable, qui s'ouvrent au dedans et au dehors, en formant bientôt après des ulcères rongeants dans tous les sens, qui, à leur tour, amènent la perforation de la

cornée et occasionnent la sortie de l'humeur aqueuse (*kératocèle, prolapsus iridis*), ayant pour suites la synéchie de l'iris, partielle ou totale, ainsi que le staphylôme.

Quand les phlyctènes s'ouvrent au dedans et que les ulcères déversent leur pus dans la chambre antérieure, il en résulte naturellement un hypopion qui, quand les ulcères parviennent à se guérir, ce qui arrive rarement, peut encore être résorbé. Mais quand il n'en est pas ainsi, et que le pus remplit la chambre antérieure de l'œil, il en résulte une destruction complète du globe.

Il arrive quelquefois que toute la cornée est convertie en un abcès blanchâtre ou jaunâtre, qui se termine ordinairement par une suppuration générale et une destruction complète de l'œil.

Les diverses complications impriment à ce tableau différentes modifications.

La vue est naturellement diminuée à mesure que le trouble augmente. Les douleurs ne sont pas sensiblement accrues, au dire des malades. Dr Theis.

JOURNAUX ALLEMANDS.

Heidelberger klinische Annalen.

Recherches microscopiques sur les tumeurs morbides; par le docteur Heyfelder, professeur à la Faculté de médecine d'Erlangen.— M. le docteur Heyfelder a soumis à l'inspection microscopique, avec le docteur Herz, une certaine quantité de tumeurs morbides. Ces tumeurs ont été examinées à l'aide du microscope de Schiek ou de celui d'Oberhäuser. Ils ont employé ces deux instruments dans la plupart des cas, et l'opération, qui se fit avec un grossissement de 450 fois, fut souvent répétée , surtout quand les résultats obtenus ne s'accordaient pas avec ceux d'autres observateurs. Les expériences ne se bornèrent pas à l'examen de tumeurs qui avaient été conservées dans l'esprit de vin; car beaucoup d'entre elles furent soumises au microscope immédiatement après leur séparation du vivant ou du cadavre. Laissons parler M. Heyfelder :

« Les recherches microscopiques ont démontré que les tumeurs qu'on nomme communément *stéatômes* n'ont pas une seule et même composition, mais que celle-ci varie beaucoup dans leurs parties internes. Dans mon travail : *De lipomate et de steatomate imprimis microscopii ope indagatis nonnulla*, 1842, j'ai fait voir, en m'appuyant sur des recherches microscopiques , quatre espèces différentes de tumeurs qu'on réunissait sous le nom commun de stéa-

tômes, et il est possible que des recherches ultérieures en fassent découvrir de nouvelles variétés.

« La première espèce de tumeurs que j'ai d'abord examinées étaient principalement formées de fibres allongées, sans mélange de corps étranger. Le nom de *tumeurs fibreuses*, que de Müller leur a donné, est tout à fait convenable. On peut espérer de voir ces tumeurs rester constamment bénignes et être à l'abri d'une dégénérescence de mauvaise nature.

« La deuxième espèce se compose de fibres allongées et d'un mélange de tissu cartilagineux et osseux : ces tumeurs se rapprochent des chondroïdes et ont, sans aucun doute, une grande affinité avec les ostéostéatômes : ces derniers, du reste, n'ont pas toujours les caractères des tumeurs de bonne nature.

« La troisième espèce a pour base un tissu composé de fibres allongées et de vésicules graisseuses : elle tient le milieu entre le lipôme et la tumeur fibreuse.

« La quatrième variété renferme des fibres, des cellules et des noyaux ; elle appartient à la série des tumeurs de mauvaise nature, car il s'y trouve un mélange de tissu squirrheux et cancéreux, qui doit toujours, tôt ou tard, faire craindre la dégénérescence cancéreuse.

« Ces quatre variétés ne peuvent se distinguer qu'au moyen du microscope, après que l'extirpation a été faite, car c'est à peine si on pourrait se fier aux différentes considérations de leur forme, de leurs propriétés, de leur consistance, de la couleur de leur substance et de leur siége, pour utiliser une distinction sensible à nos sens, puisque la description des signes sensibles peut aussi bien convenir à la première variété qu'aux trois autres.

« Le siége de ces tumeurs n'est pas un moyen infaillible d'établir cette distinction, car la tumeur fibreuse, ainsi que celle dans laquelle entre un mélange de tissu cartilagineux et osseux, se rencontre dans l'intérieur des organes, à la surface tout comme sous les aponévroses, dans les interstices des muscles, même dans le voisinage des os. Ceci s'applique aux tumeurs composées de fibres et de vésicules graisseuses, en même temps qu'à celles auxquelles du tissu cancéreux se trouve mélangé.

« Sous le point de vue de la pratique, les recherches microscopiques ont une valeur positive en tant qu'elles nous montrent que certaines de ces tumeurs peuvent durer pendant toute la vie sans subir de dégénérescence de mauvaise nature, mais que ce serait une

erreur que de vouloir considérer comme de bonne nature toutes les tumeurs fibreuses et tendineuses, et tout au plus comme ne gênant que par leur développement, mais sans jamais compromettre la vie.

« La guérison de ces tumeurs n'est possible que par l'extirpation, quand elles sont accessibles au chirurgien. Il faut autant que possible pratiquer cette extirpation avant que de la matière cancéreuse se soit développée ; sans quoi les suites de cette opération pourraient être compromises. »

Du fongus médullaire. — J. Müller distingue la mélanose du fongus médullaire. « Les tumeurs médullaires ont, selon lui, pour base un tissu réticulaire formé de fibres : c'est dans ce tissu réticulaire que se rencontre la matière mélanotique, qui consiste en grande partie en cellules remplies de granulations jaunâtres ou noirâtres et sont de vraies cellules pigmentaires.

« Les faits que j'ai observés ne me permettent pas d'établir une ligne de démarcation bien tranchée entre le fongus médullaire et les tumeurs mélanotiques, mais me font regarder la coloration de la mélanose comme un mélange qu'on rencontre principalement, mais non exclusivement dans les tumeurs fongueuses, fongoso-médullaires et médullaires. Elle s'y présente, par conséquent, comme le tissu élémentaire principal du fongus médullaire.

« Les corps caudés (*geschwänste körper)* étaient fréquents, mais aussi fort souvent n'existaient pas ; ce qui s'accorde entièrement avec les observations de Müller. Quelquefois j'ai rencontré des corpuscules allongés, qui toutefois n'étaient point des corps caudés ; les cellules avaient tantôt des noyaux et tantôt n'en avaient pas.

« Des gouttelettes de graisse et des cristaux isolés étaient mêlés dans quelques-unes de ces tumeurs. Je n'ai eu qu'une seule fois l'occasion d'observer de petits corps sphéroïques.

« Je dois aussi dire que j'ai trouvé des fibres dans quelques cas ; mais, à l'exception des testicules, je les regarde comme un reste des membranes ayant existé antérieurement, ou du tissu cellulaire. »

Fongus médullaire de l'œil. — « L'œil est changé en une masse fongueuse qui ne permet plus de reconnaître le tissu propre de l'œil.

« Les recherches microscopiques font découvrir partout le dévelop-

pement de cellules avec des noyaux et des cristaux, mais nulle part des corps caudés.

« Les corps caudés n'existaient pas non plus, quoiqu'on pût distinctement découvrir des cellules et des noyaux dans l'œil d'un enfant âgé d'un an et demi. La conjonctive de cet œil atteint de fongus médullaire était tuméfiée et n'avait plus sa coloration habituelle ; la cornée était terne et ratatinée par suite de la disparition de l'humeur aqueuse, et l'iris, qui avait perdu sa couleur, était appliqué contre la cornée.

« Il n'existait plus que quelques faibles traces de l'uvée ; le cristallin, opaque et ramolli, se trouvait dans la pupille ; derrière lui se voyait une masse graisseuse de la consistance de la bouillie, d'un jaune tirant sur le vert (vraisemblablement l'humeur vitrée indurée) ; elle était entourée de la choroïde à laquelle était adossée une masse épaisse, fongueuse, qui, enveloppée de la sclérotique à l'état sain, avait un aspect lardacé, une couleur uniformément rouge et deux cavités vides à l'intérieur. Le nerf optique était mou et gélatineux ; il était facile de le détacher de la masse du fongus médullaire qui l'entourait, et l'on voyait près du bulbe une petite tache noire. La masse médullo-fongueuse était unie d'une façon intime avec les parties postérieures de la sclérotique ; elle ne recouvrait pas seulement la surface de cette membrane fibreuse, mais une couche du fongus médullaire, plus épaisse que la sclérotique, s'avançait entre cette membrane et la choroïde jusqu'au voisinage de l'iris.

« Quelques semaines après l'extirpation de l'œil, l'orbite fut de nouveau rempli d'une masse fongoso-médullaire qui, enlevée avec le bistouri, montra sous le microscope les mêmes dispositions, c'est-à-dire des cellules de grosseur inégale contenant des noyaux, mais sans aucun corps caudé. »

Fongus mélanotico-médullaire de l'œil. — « L'œil examiné était dans un état tel qu'on ne pouvait plus distinguer les différents tissus les uns des autres.

« Les recherches microscopiques permirent de faire reparaître sous le microscope les parties de la périphérie et du centre.

« Les parties centrales offraient des cellules de couleur gris-noirâtre contenant un noyau ; mais nulle part on ne rencontra de traces de corps caudés. Les parties périphériques montrèrent des cellules distinctes d'un gris-jaunâtre, avec des bords noirâtres, et contenant des noyaux ; mais aussi sans apparence de corps caudés.

Dans une partie située superficiellement, et sur laquelle on pou-

vait distiuguer à l'œil nu des points noirâtres, le microscope fit aussi reconnaître de vraies cellules d'une couleur gris-jaunâtre avec quelques points noirâtres. Il y avait ici quelques cellules allongées qui n'étaient pas pourtant de vrais corps caudés. La préparation suivante fait voir une disposition un peu différente.

« Le bulbe est entièrement entouré de masses fongoso-médullaires; on peut en séparer la tunique albuginée qui paraît être encore à l'état sain. A la partie antérieure, on reconnaît encore des traces rudimentaires de l'iris et de l'uvée ; ensuite se présente une masse informe. La véritable masse fongueuse embrassant l'albuginée offrait au microscope de belles cellules , comme des œufs d'écrevisse , mais sans aucun corps caudé; la masse informe de l'intérieur du bulbe, d'une texture fibreuse, avec développement de cellules, montrait au contraire beaucoup de corps caudés et avait la coloration mélanotique.

Cette dernière transformation ferait plutôt supposer qu'on avait affaire à un cancer, si on n'avait pas dû admettre que la texture fibreuse dépendait encore des membranes de l'œil qui existaient auparavant. Dr Binard.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Gazette médicale de Paris.

Influence des muscles de l'œil sur la vision; par M. Frestel. — Dans notre livraison de juillet, p. 32, nous avons reproduit quelques nouvelles observations de M. de Haldat sur la théorie de la vision, observations appuyées sur des expériences physiques. M. Frestel, dans une note communiquée à l'Académie des sciences de Paris, le 11 août dernier, est venu combattre l'opinion de M. de Haldat à l'aide de documents cliniques.

Le bulbe oculaire placé dans l'orbite, entouré de plans fibreux, de graisse et d'organes qui l'assujettissent dans cette cavité, a une forme sphéroïdale dont le grand diamètre est antéro-postérieur. Débarrassé de ces liens et de leur capsule fibreuse qui l'entoure, il tend à se rapprocher de la forme sphérique , et par conséquent à diminuer dans le sens antéro-postérieur et à augmenter selon ses diamètres transverses. Si on exerce sur la coque oculaire des pressions latérales et opposées, la distance qui sépare le centre de la cornée du point opposé de la sclérotique augmente d'étendue aux dépens des diamètres transverses. C'est sur la possibilité d'allonger le diamètre antéro-pos-

térieur en comprimant l'œil parallèlement à son axe, et par la propension qu'il a à revenir sur lui-même et à se rapprocher de la forme sphérique lorsqu'il n'est point comprimé, que M. Frestel. croit qu'on peut s'appuyer, tout en tenant compte de certaines modifications innées et acquises, pour expliquer la myopie et la presbytie.

Les faits que M. Frestel cite à l'appui de son opinion, et qu'il emprunte à des cas cliniques, tendraient effectivement à prouver l'influence de la disposition dont il s'agit sur les diverses altérations dans la portée de la vue. Ainsi, dans la paralysie de l'oculo-moteur commun, l'œil est presbyte, et la presbytie diminue en même temps que la maladie marche vers sa terminaison heureuse. Chez cinq malades affectés de paralysie de l'oculo-moteur commun, et sur lesquels l'auteur a employé des lunettes bi-convexes, il a vu la presbytie disparaître malgré la persistance de la dilatation de l'iris ; preuve que ce n'est point à cette dernière circonstance qu'est due la presbytie.

On a vu, à la suite de maladies graves, des individus myopes devenir presbytes. L'auteur dit avoir observé des individus atteints de tubercules pulmonaires, qui, à leur entrée à l'hôpital, se servaient de lunettes de myope d'un fort numéro. A mesure que la maladie a fait des progrès, et que les forces musculaires ont diminué, ils ont employé des numéros de moins en moins forts, et ont abandonné leurs lunettes primitives.

Chez le myope, le système moteur oculaire est ordinairement très-développé. La tension des muscles de l'œil peut produire la myopie, ainsi que l'auteur en cite quelques exemples. Beaucoup de maladies désignées sous le nom d'amblyopies amaurotiques, siégeant sur des individus dont l'œil a été fortement mis en jeu ou condamné à un repos prolongé, ne sont rien autre chose, pour lui, qu'un commencement de myopie ou de presbytie dont la cause est due ou à un excès ou à un défaut d'exercice dans les muscles de l'œil.

Comme conséquence de ces faits, l'auteur signale les bons résultats que devrait avoir une compression graduée exercée sur l'œil pendant un certain temps dans les cas de myopie accompagnée d'une légère exophthalmie, et l'indication de la section des quatre muscles droits, s'ils pouvaient être divisés sans inconvénient grave.

Nouvelles recherches sur la kératoplastie; par M. le docteur Plouviez. — Ces nouvelles observations sur la kératoplastie, question à laquelle

l'auteur a déjà consacré quelques recherches, forment la suite de la note sur ce sujet qu'il a communiquée en septembre 1843 à l'Académie de médecine de Paris. Depuis cette époque, M. Plouviez n'a cessé de continuer ses expérimentations; en sorte que le travail qu'il présente aujourd'hui n'est que le corollaire des idées que lui ont suggérées les nombreuses observations qu'il a été à même de faire depuis lors. La question sur la possibilité de la transplantation des cornées est résolue, dit-il; il me restait à étudier les questions suivantes : 1° Quel est le meilleur mode opératoire? 2° Quel est le nombre des points de suture nécessaire pour l'application des cornées? 3° Comment se fait le travail d'adhérence des cornées? 4° Enfin la question de la transparence, à laquelle se lie naturellement celle de la vision.

Depuis cinq ou six ans que M. Plouviez s'occupe de kératoplastie, et qu'il a fait une grande quantité d'opérations de ce genre, il n'a pas obtenu une seule fois une transparence complète. Dans les cas les mieux réussis, la nouvelle cornée est toujours restée plus ou moins opaline; cependant la vision s'est plusieurs fois en partie rétablie, mais toujours incomplètement.

Parmi les observations qu'il rapporte, il est question d'une jeune fille de 23 ans, devenue aveugle à l'âge de 3 ans, à la suite d'une petite-vérole. M. Plouviez, après avoir enlevé la cornée opaque, ce qu'il ne put faire qu'avec une extrême difficulté, vu sa densité et son épaisseur, appliqua sur le moignon, à l'aide de quatre points de suture, une cornée d'un jeune chien qu'il venait de tuer. Le seul résultat qu'ait eu cette opération pour la malade a été de distinguer mieux le jour de la nuit, de voir les éclairs et le soleil; mais elle est incapable de se conduire toute seule.

Ce fait est intéressant toutefois à cause du peu de réaction qui a suivi l'opération et à cause de la réunion d'une grande partie de cornée de chien sur l'homme.

Les conclusions suivantes donnent en résultat la solution des différentes questions dont l'examen fait l'objet de ce mémoire :

1°. La transplantation d'une cornée d'un animal sur l'œil d'un autre animal est un fait incontestable, désormais acquis à la science ;

2° Une cornée humaine peut reprendre de la vie sur l'œil d'un lapin ;

3° Une cornée morte depuis 5 jours peut reprendre sur l'œil d'un animal vivant ;

4° Une cornée peut reprendre avec un, deux, trois points de suture; mais en général il en faut quatre ;

5° On doit se servir pour ligatures de fils de lin ou de soie ;

6° Un travail préparatoire d'incubation paraît nécessaire, indispensable à une cornée morte, pour la disposer à recevoir de nouveau la vie;

7° La vie se communique à une cornée morte par l'intermédiaire d'une humeur plastique qui s'organise peu à peu sur l'iris et entre les bords des cornées;

8°. La réunion n'a jamais lieu par première intention ;

9° Une nouvelle cornée se rétrécit toujours considérablement, de près de moitié;

10° L'ancienne cornée s'allonge toujours concentriquement vers la fin du travail, en conservant sa transparence;

11° Par les procédés opératoires employés aujourd'hui par d'autres et par moi, accompagnés des soins que l'on donne habituellement, et qui sont suffisamment connus, la transparence complète de la cornée n'a pas encore été obtenue.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Guthrie (Charles Gardiner). — *On cataract and its appropriate Treatment by the operatioy adapted for each peculiar case.* Londres, John Churchil, 1845.

Svitzer (Erik).— *Bericht von einigen nicht häufig vorkommenden und einigen noch nicht beobachteten Variationen der Verzweigung der Augennerven und ihrer Verbindung mit einander.* Copenhague, 1845, Schubothe, 4°, pp. 34, avec 5 planches lithographiées.

Merz (L.). — *Optik, besonders für Augenärtze.* München, 1845, literärisch-artistischen Anstalt. 8°, pp. 100.

Fritschi (J.). — *Die bösartigen Schammgeschwülste des Augapfels und seiner nächsten Umgebung.* Freiburg im Breisgau, 1843, F. Wagner. 8° pp. VIII—462.

Ruete (C. E. Théod.). — *Lehrbuch der Ophthalmologie fuer Aerzte und Studirende.* Brunswick, 1845, Westermann ; gr. in-8°.
(La première livraison est en vente : elle est forte de XVI-192 pages. De nombreuses gravures sont intercalées dans le texte.)

Böhm (L.). — *Das Schielen und der Sehnenschnitt in seinen Wirkungen auf die Stellung und Sehkraft der Augen.* Berlin, 1845, Duncker et Humblot, gr. 8°.

CHRONIQUE.

Strasbourg.— Le concours pour la chaire de pathologie et de thérapeutique générales, vacante à la Faculté de médecine de Strasbourg, s'est terminé le 9 août. Notre collaborateur, M. le docteur Victor Stœber, a été nommé professeur à la majorité de 5 voix sur 7.

Namur. — On lit ce qui suit dans le discours d'ouverture du conseil provincial de Namur, prononcé par le gouverneur, M. le baron d'Huart :

« A la suite du vote que vous avez émis l'année dernière en faveur de l'ouverture d'un Institut ophthalmique destiné au traitement des indigents de la province affectés de maux d'yeux, des négociations ont été immédiatement entamées avec l'administration des hospices de Namur, par rapport à l'emplacement nécessaire pour réaliser cette œuvre de bienfaisance ; des instances ont été aussi faites en même temps près du département de la justice afin d'obtenir sa participation dans les frais que nécessitera cet établissement. Ces démarches ont occasionné d'assez longues correspondances; toutefois on n'attend plus maintenant que l'autorisation du gouvernement, sollicitée avec l'appui d'avis favorables de toutes les autorités consultées, pour entreprendre l'exécution des travaux d'appropriation qu'il est nécessaire d'effectuer à un bâtiment desdits hospices, qui sera mis à la disposition de la province. Aussitôt ces ouvrages terminés, les mesures seront prises pour l'admission des infortunés auxquels l'institution est destinée. »

Le service de cet institut ophthalmique sera confié à M. le docteur Loiseau, médecin de régiment au 9e de ligne, actuellement en garnison à Namur.

Mons. — Une somme de 711 francs a été accordée par le Conseil provincial du Hainaut, dans sa séance du 3 juillet dernier, pour couvrir les frais de l'Institut ophthalmique de Mons, dirigé par M. le docteur Stiévenart.

Liége. — Le bureau de la *Société de médecine de Liége* nous donne avis, par lettre du 30 août, de la création de cette compagnie, inaugurée le 14 mai dernier. Le bureau se compose de MM. les docteurs *Wasseige*, président ; *J. J. Hurault*, vice-président ; *J. F. Fraikin*, secrétaire-général ; *E. Dellenne*, fils, secrétaire-adjoint et bibliothécaire ; et *Delvigne*, trésorier.

Bruxelles. — M. le docteur Ch. Van Swygenhoven, l'un des rédacteurs de la *Gazette médicale belge*, vient d'être nommé correspondant de la Société phrénologique de Paris, des Académies de médecine de Sarragosse, de Valence et de Palma, de l'Institut médical de Valence, de la Société de médecine pratique de Montpellier, de celles de Boom et de Liége.

Les médecins qui concourent à la rédaction des *Annales d'Oculistique* ont été informés des motifs qui nous ont mis dans l'obligation de rayer, dès le mois de juillet (voir notre dernière livraison, p. 2), le nom de M. Carron du Villards de la liste de nos collaborateurs.

ANNALES

D'OCULISTIQUE.

Tome XIV. — 2e série. Tome 2me. — 3me livraison.
SEPTEMBRE 1845.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE L'EMPHYSÈME DES PAUPIÈRES;

Par le docteur Desmarres.

L'emphysème des paupières est une maladie assez rare; on n'en trouve que quelques exemples rapportés par les auteurs. Je n'avais jamais eu l'occasion d'en observer, lorsque, dans le même mois, les deux cas suivants, que j'ai fait voir à plusieurs confrères, et entre autres à M. Malgaigne, se sont présentés à mon examen.

Voici ces deux faits dont le premier surtout est très-curieux :

Obs. I. — M. H......, âgé de 58 ans, chef d'orchestre du théâtre Beaumarchais, d'une bonne constitution, m'est adressé le 18 juin 1845, par M. le docteur Bordes. Il n'a jamais été malade, et n'a souffert dans sa vie que pendant une vingtaine de jours en rendant de petites concrétions pierreuses par les voies urinaires. Il n'a point eu de rhumatismes ni d'attaques de goutte, ni d'affections vénériennes. Ses yeux ont été toujours très-sains; il n'en souffre que depuis quinze jours, époque à laquelle ils sont devenus rouges. Ces organes ne présentent d'autre affection qu'une conjonctivite granuleuse au troisième degré, en voie de résolution. La sécrétion puriforme est peu abondante, les granulations peu élevées; il n'y a point de photophobie.

Les paupières sont légèrement gonflées à gauche; l'inférieure, près de son tiers interne, offre une tumeur du volume d'une amande ordinaire, oblongue, couchée sur la paroi osseuse de l'orbite, entre la peau et la muqueuse. Cette tumeur dont la nature est difficile à reconnaître, et à laquelle le malade ne donne que deux mois de date,

est mobile, indolente, peu dépressible. La paupière inférieure correspondante est gonflée, un peu violacée, nullement tendue. En cherchant à me rendre compte de la nature de la tumeur au moyen du toucher, je remarque, à mon grand étonnement, que toute la paupière présente à la pression du doigt ce frémissement particulier caractéristique de l'emphysème. L'air, sous les efforts de mes doigts, se déplace dans tous les sens et passe facilement ainsi du côté externe au côté interne de l'organe. Le malade n'a point conscience de la cause qui a pu faire naître cette affection, il ignore depuis combien de temps elle existe ; il n'a point reçu de coups, ne s'est heurté nulle part, et ne se rappelle pas avoir fait des efforts exagérés pour se moucher. Il prend énormément de tabac.

Bien qu'il fût impossible de méconnaître l'emphysème à la seule pression, je voulus m'en assurer d'une manière plus certaine encore, et j'ordonnai, dans ce but, au malade de se moucher avec force, m'attendant bien à voir les paupières se gonfler sous les efforts qu'il allait faire. Cela arriva en effet ; mais je remarquai en outre les phénomènes suivants :

Aussitôt que le malade presse le nez entre les doigts pour se moucher, et que l'air est poussé jusque dans le canal nasal, on voit l'œil gauche chassé en avant dans une étendue d'un centimètre et demi au moins (j'avais d'abord mesuré deux centimètres), poussé par l'air qui s'introduit en arrière du globe à chaque effort du malade pour se moucher. Aussitôt que la compression des narines a cessé, le globe reprend sa place et se trouve de niveau avec son congénère. En même temps qu'il est poussé en avant, l'œil est dirigé de haut en bas et de dehors en dedans, et pour un instant le malade est atteint de diplopie. Lorsque l'on cache l'autre œil à ce moment, la vision double cesse immédiatement, et l'image perçue est unique et distincte ; elle se déplace seulement et suit la direction de l'organe. Pendant que l'œil s'avance, comme nous l'avons dit, les paupières s'infiltrent d'air et prennent un volume très-considérable pour un moment seulement, parce qu'une grande partie du gaz contenu dans le tissu cellulaire palpébral disparaît à l'instant où la réduction du globe a lieu. Cependant, et malgré la disparition immédiate d'une grande partie de l'air, les paupières demeurent encore assez tendues pour que le malade éprouve le besoin de les comprimer avec les doigts, de dehors en dedans, afin de pousser le gaz vers l'angle interne. L'air s'échappe alors dans cette direction avec un bruit particulier, assez fort, semblable à du gargouillement, qui est d'autant mieux perçu que le

malade appuie un peu plus fortement et un peu plus vite. Quelle route suit le gaz pendant cette pression ? Telle est la question que je devais me faire. Je mis l'œil du malade sous l'eau en en versant de manière à remplir le grand angle, je lui ordonnai de comprimer la paupière, et je ne vis aucune bulle à la surface du liquide. J'acquis ainsi la preuve que l'air ne sortait ni par les conduits lacrymaux ni par une déchirure qui m'aurait échappé et qui aurait pu exister dans le sac et dans la conjonctive. Je serrai le nez entre mes doigts ; le même bruit se fit toujours entendre sous l'influence de la compression : le malade ne sentit rien descendre dans le nez, et je dus conclure que le gaz s'échappait par une déchirure assez large placée très-haut en arrière dans le sac lacrymal (et peut-être en face d'une fracture correspondante de l'unguis ?).

Si l'on comprime fortement dans la direction de la tumeur, en remontant jusqu'au diamètre transversal de l'œil, de manière à cacher tout le grand angle sous les doigts, l'air ne pénètre plus ni dans la paupière ni dans l'orbite, quelque grand que soit l'effort du malade pendant qu'il se mouche, et l'on sent une pression énergique dans l'endroit ainsi comprimé.

Une forte injection d'eau dans le point inférieur avec la seringue d'Anel descend très-aisément dans la narine et la gorge ; le volume de la tumeur, des paupières et du globe, reste le même : il est évident qu'il n'en pénètre pas une goutte dans le tissu cellulaire. Si l'on injecte l'eau par le point supérieur, ce liquide arrive au contraire à la fois dans la narine, la gorge et le tissu cellulaire de la paupière, et derrière l'œil, qui reste un peu saillant jusqu'au moment où le malade chasse ce liquide par une pression convenable.

Le traitement de la conjonctivite fut très-simple : des cautérisations légères avec le crayon de sulfate de cuivre, des lotions astringentes, aidées de quelques purgatifs, la firent bientôt disparaître. Quant à l'emphysème, il existe toujours, malgré la précaution que j'ai recommandée au malade de ne point se moucher et de se borner à s'essuyer. L'air pénètre encore aujourd'hui (7 septembre 1845) dans les paupières et derrière le globe en quantité à la vérité beaucoup moins grande. Je me propose d'établir une compression permanente dans le grand angle ; mais je compte peu sur ce moyen, parce que le malade, peu patient de sa nature, n'est que médiocrement gêné par son infirmité, et parce que, d'un autre côté, obligé qu'il est de conduire tous les soirs un orchestre, il ne consentira pas à garder le compresseur sans interruption pendant quelque temps.

Obs. II. — Le nommé P....., âgé de 32 ans, employé chez M. l'ingénieur Chevalier, reçut le 12 mai 1845, à six heures du matin, deux coups de poing : l'un à l'angle interne de l'œil gauche, l'autre sous la pômmette au-dessous de l'angle externe. Trois ou quatre minutes après l'accident, le malade, s'étant mouché, ressentit une douleur assez vive à la paupière inférieure, et s'aperçut que les matières excrétées des fosses nasales étaient teintes de sang. Aussitôt il porta la main à l'endroit où s'était manifestée la douleur, et reconnut par le toucher la présence d'une tumeur siégeant à la paupière inférieure gauche. La tuméfaction ayant gagné peu à peu la paupière supérieure, le malade se rendit chez moi vers sept heures du matin, et plus tard, à onze heures, à ma consultation publique où je désirais qu'il fût examiné par plusieurs confrères.

Les phénomènes suivants furent constatés :

Les deux paupières sont le siége d'un gonflement considérable et cachant l'œil presque complètement ; la tuméfaction ne se borne point à ces organes, elle s'étend à la joue dont la peau est tendue et luisante ; elle se trouve bornée en bas par une ligne qui de la narine gauche irait au lobule de l'oreille du même côté. Des bulles d'air, mêlées de sérosité, soulèvent la conjonctive bulbaire à la partie externe et supérieure du globe de l'œil. Toutes les parties tuméfiées donnent à la pression cette sensation de frémissement, de crépitation connue, particulière à l'emphysème. A l'angle interne, et dans la direction que l'on donne d'ordinaire à l'incision dans l'opération de la fistule lacrymale, existe une solution de continuité à bords assez nettement découpés et d'un centimètre et demi environ de longueur, comprenant la peau et le sac lacrymal. Si l'on presse sur les paupières, ces voiles s'affaissent, et des bulles d'air nombreuses sortent par l'ouverture accidentelle que nous venons de mentionner, avec un bruit léger, particulier à l'air enfermé dans des parties molles et s'échappant avec peu de difficulté. Si le malade se mouche, à chaque expiration nécessitée pour cet acte, on voit les paupières se distendre progressivement et présenter sous la peau une infinité de petites tumeurs demi-transparentes dues à la pénétration de l'air dans le réseau du tissu cellulaire.

Le traitement fut très-simple : je prescrivis une saignée de trois palettes, un purgatif, des bains de pieds, la diète ; j'appliquai des bandelettes de taffetas gommé sur la solution de continuité, et je défendis expressément au malade de se moucher. Le dixième jour, la guérison était complète (1).

(1) Observation recueillie à ma clinique par M. le docteur Courserant.

L'emphysème des paupières ne ressemble à l'œdème de ces parties que par le gonflement ; mais il s'en distingue aisément par le toucher et par les symptômes commémoratifs. La tumeur, au lieu d'être pâteuse, comme dans l'infiltration séreuse, est élastique, rénitente ; pressée avec l'extrémité des doigts, elle donne la sensation de la crépitation, phénomène produit par le passage de l'air dans les aréoles du tissu cellulaire. Rarement l'emphysème par cause locale demeure borné aux paupières, il s'étend le plus souvent aux téguments du front et de la face.

L'emphysème des paupières est quelquefois lié à un emphysème plus étendu, survenu à la suite d'une lésion des organes de la respiration. Cependant il n'est pas très-rare qu'il soit la conséquence d'une fracture des parois des fosses nasales ou des sinus frontaux, ou même de la rupture des conduits lacrymaux par un violent éternuement, ou simplement par l'action de se moucher. Il est bien probable que l'emphysème rapporté plus haut, observation I, ne reconnut pas d'autre cause. Trois cas à peu près semblables à ce dernier sont rapportés par Weller, Carré et Middlemore.

Ainsi Weller (1) cite le cas d'une jeune femme de 25 ans, chez laquelle un éternuement violent, ayant déchiré les conduits lacrymaux, avait produit un emphysème de la paupière supérieure. M. Carré (2) a vu un emphysème très-marqué dans les paupières et les parties supérieures du visage, chez un homme, par la seule action de se moucher. Middlemore (3) cite un fait absolument semblable. Les emphysèmes, suite de lésions directes, sont plus communs : M. Bégin rapporte, d'après Dupuytren, qu'un homme qui offrait une perte de substance des parois osseuses des sinus frontaux présentait une tumeur emphysémateuse dans les téguments du front et dans les paupières toutes les fois qu'il se mouchait. M. Baudens (4) a vu la même maladie à la suite d'une plaie par arme à feu du sinus frontal. Dupuytren (5) a observé un emphysème des paupières chez un jeune homme qui avait reçu un coup violent sur le nez, et qui, en se mouchant quelques heures après l'accident, perçut une sensation particulière qui remonta le long du nez, vers l'angle interne de l'œil gauche, et se répandit dans les deux paupières. Dupuytren crut à

(1) Weller, p. 122, vol. I.
(2) Carré, *Mémoires de Médecine militaire.*
(3) Middlemore, vol. II, p. 840.
(4) Baudens, *Clinique des plaies d'armes à feu.*
(5) *Leçons orales.*

une déchirure de la pituitaire au niveau de l'union du cartilage latéral qui avait été séparé du bord inférieur de l'os nasal. Une observation absolument semblable est rapportée par Mackenzie (1) d'après Morgan. De tous les faits de ce genre, le suivant, appartenant à M. le docteur Ménière (2), me semble de beaucoup le plus intéressant, à cause des détails d'anatomie pathologique qu'il contient. « Un homme de 46 ans, très-robuste, avait été attaqué, douze jours avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, par plusieurs hommes qui l'avaient laissé sans connaissance dans la rue. A son entrée, il y avait stupeur profonde avec respiration stertoreuse et résolution complète des membres sans aucune lésion extérieure : on le fit passer dans un service de médecine. — Mâchoire fortement convulsée, muscles du cou roides : si l'on pinçait le nez de manière à interrompre le passage de l'air, la respiration se suspendait pendant au moins une demi-minute ; puis, une violente expiration venant à s'effectuer, on voyait la paupière supérieure gauche se gonfler un peu. Cette expérience ayant été répétée, le même effet se produisit de nouveau : la paupière acquit un volume considérable et fit entendre une crépitation emphysémateuse. La paupière présentait une légère érosion et une teinte jaunâtre de la peau ; ce qui fit penser qu'il y avait une fracture de la voûte de l'orbite, ou de la base du crâne, qui permettait à l'air de passer des sinus ethmoïdaux ou sphénoïdaux dans la substance de la paupière quand un obstacle s'opposait à sa sortie par le nez. Le malade mourut deux jours après à l'hôpital.

A l'autopsie, on trouva une fracture de la voûte de l'orbite, avec une déchirure du lobe antérieur du cerveau dans une profondeur de huit lignes. La dure-mère était séparée de l'os dans une grande étendue autour de la fracture. Un des fragments osseux s'étendait à la grande échancrure du frontal et communiquait avec les cellules moyennes de l'ethmoïde, qui contenaient une petite quantité de sang liquide.

Le traitement de l'emphysème des paupières par cause locale est des plus simples : il consiste dans la division des téguments au moyen de la lancette ou du bistouri pour donner passage à l'air ; on revient de temps en temps à ce moyen, jusqu'à réunion des parties molles si elles ont été seules intéressées, ou jusqu'à consolidation de la fracture des parois osseuses, si elle a donné lieu à la ma-

(1) Mackenzie, p. 136.
(2) *Archives générales*, tom. XIX, p. 344 (Ménière).

ladie. On recommande surtout au malade d'éviter de se moucher, parce que l'air, chassé fortement de bas en haut dans le sac lacrymal, maintiendrait ouverte la solution de continuité de cet organe. — Des saignées générales et locales sont pratiquées s'il y a lieu. Dans le cas d'emphysème par suite de lésion des organes respiratoires, la ponction des paupières devra encore être faite pour débarrasser momentanément le malade de sa cécité accidentelle; mais la guérison radicale ne pourra être obtenue que lorsqu'on se sera rendu maître de la lésion de la trachée-artère ou des poumons.

CONSIDÉRATIONS SUR LE GLAUCÔME;

Par le docteur Rigler, médecin en chef de la Garde du Sultan, médecin de régiment autrichien, détaché au service de la Sublime Porte, etc., à Constantinople.

Mémoire qui a reçu une mention honorable au concours des Annales d'Oculistique, *pour* 1841-42 (*).

Traduit de l'allemand, sur le manuscrit de l'auteur,

Par Ch. J. De Moor, docteur en médecine, chirurgie et accouchements, etc., à Alost.

§ I. — *Qu'est-ce que le Glaucôme?*

En général, cet état morbide est défini : un trouble gris-verdâtre, vert de mer, apparaissant dans le fond de l'œil, accompagné d'affaiblissement ou d'abolition complète de la faculté visuelle.

L'observation journalière démontre combien cette définition est défectueuse. L'obscurcissement des milieux s'étend, dans beaucoup de cas, et avec les mêmes *qualités*, au corps cristallin, et lui imprime une transformation tellement particulière, qu'on désigne l'affection sous la dénomination spéciale de *cataracte verte-glaucômateuse*. Dans des cas de moindre développement du trouble des milieux, derrière la pupille, avec abolition complète de la vision, par suite d'un processus morbide spécifique moins aigu dans la moitié postérieure

(*) Nous devons rappeler ici que ce mémoire, comme celui de M. Warnatz, a été écrit avant la publication, dans nos *Annales*, des Recherches de M. Sichel sur le glaucôme. Nos lecteurs n'auront pas oublié que M. le docteur Rigler s'étant fait connaître (voir *Ann.*, vol. VI, p. 51), son travail n'a pu être admis au concours; le jury a néanmoins cru pouvoir lui accorder une mention honorable. (Note de la Rédaction.)

de l'œil, l'expression d'*amaurose glaucômateuse* conviendrait mieux, et pour désigner la source du mal, et pour faciliter la connaissance des différentes espèces d'amaurose. Si l'on comprend les dernières variétés (*cataracte verte* et *amaurose glaucômateuse*) dans l'expression générique de glaucôme, la définition, à mon avis, désignerait que le glaucôme doit être considéré comme le produit d'un processus morbide spécifique (*ophthalmie glaucômateuse*) qui attaque primitivement la choroïde, la modifie essentiellement dans sa texture, et agit secondairement sur la rétine, l'hyaloïde, la capsule, le cristallin, l'iris et la cornée, dont elle pervertit les fonctions.

Depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, on a réuni les notions les plus diverses sous l'expression de *glaucôme*. Tout le monde sait que Brisseau (*Traité de la Cataracte et du Glaucôme*), indiqua le premier le siége du glaucôme dans le corps vitré, et le reconnut de même, en élucidant les vues erronées sur la nature de la cataracte, dont il fit connaître la véritable essence. Son opinion fut adoptée par Antoine et Heister (*Tract. de Cataracta, Glaucomate et Amaurosi*; Altdorf., 1713). Il soutint cette manière de voir dans son écrit contre Woolhouse, qui parut en 1719 (*Dissertations savantes et critiques sur la Cataracte et le Glaucôme de Brisseau, Antoine et Heister*, mises au jour par Ch. Le Cherf).

Wenzel ne partage pas cette opinion (*Manuel de l'Oculiste*, tom. I, p. 421) : il envisage le glaucôme comme une simple maladie des nerfs optiques ; de sorte que Richter (*Anfangsgrunde*, B. III, S. 462), croit que son étude ne doit pas être séparée de celle de l'amaurose. Cette opinion fut aussi celle de Scarpa (*Traité des principales maladies des yeux*, tom. II, p. 300). Beer, dans son *Lehre von den Augenkrankheiten*, B. II, s. 546, revint à l'opinion de Brisseau, et considéra le trouble du corps vitré et l'amaurose comme l'essence du glaucôme ; ce qu'adoptèrent Benedict (*De morbis corporis vitrei in oculo humano*. Lipsiae, 1809.— *Handbuch der Augenheilkunde*, B. V), Wardorp (*On the morbid Anatomy of the human Eye*, vol II, p. 137),— Schön, dans sa *Pathologische Anatomie des Auges*, S. 214), — Watson (*Compendium on the diseases of the Eye*. Edimburg, 1830, p. 384), — Geiger (*Dissertatio de Glaucomate*. Landh., 1822), — Rosas (*Handbuch der Augenheilkunde*, B. II, p. 726).

Weller (*Die Krankheiten des menschlichen Auges*) considère le glaucôme comme une véritable amaurose du plus mauvais caractère, et en cherche avec Beck (*Handbuch der Augenheilkunde*,

p. 512) le siége en dehors du corps vitré, dans la rétine, ainsi que dans la différence de turgescence vitale des milieux.

A mon avis, la définition du glaucôme ne peut et ne doit pas mentionner le trouble objectif de manière à lui donner la signification que nous lui accordons dans la cataracte : ici l'obscurcissemeut du corps lenticulaire existe en réalité et n'est point une illusion optique ; tandis que dans le glaucôme ce trouble doit être considéré avec raison comme le résultat de l'existence des changements organiques matériels de la choroïde, ce dont chacun peut se convaincre par une dissection attentive ; car le corps vitré ainsi que la lentille, quoique décolorés, se montrent, après la mort, semi-transparents et nullement teints en vert. — Sichel (dans Canstatt, *über Markschwamm des Auges und amaurotische Katzen-Auges.* Wurzburg, 1831, p. 88), parle d'une dégénérescence de la choroïde, qui se serait manifestée dans des yeux amaurotiques par une varicosité constante, particulière des vaisseaux de la sclérotique, sans que jamais cependant le corps vitré ait été trouvé vert, mais seulement d'un jaune-rougeâtre, tirant sur le foncé jusqu'au bleu-rouge. Les observations de Weller (*Icones ophthalmol.*, t. I, p. 21),— Mackenzie (*Abhandlungen über die Krankheiten des Auges*, p. 682),—Benedict (*Handbuch der praktischen Augenheilkunde*, B. v, p. 151), Rosas (*Handbuch der Augenheilkunde*, B. II, p. 726), — B. Eble (*In v. Ammon's Zeitschrift*, B. I, p. 310), conduisent au même résultat. Les données dont il vient d'être question ont été si fidèlement transmises aux hommes de l'art, qu'après l'occasion qui m'a été donnée d'observer trois cas de cette affection, je dois adopter avec plus de conviction encore la manière de voir que je viens de citer.

Les sujets des trois cas étaient des femmes, et ce sexe semble en général plus sujet à ce mal que les hommes : la révolution qui se manifeste dans la circulation veineuse à l'époque de la ménopausie paraît y contribuer beaucoup. Toutes trois appartenaient à la classe ouvrière ; circonstance d'où je ne veux en aucune façon conclure que cette classe y soit plus spécialement prédisposée, puisque la manière de vivre et les occupations de la classe élevée paraissent plutôt en favoriser le développement que dans les classes moyennes.— Une remarque que j'ai faite, et dont il a été déjà parlé par d'autres, c'est que deux de mes trois malades appartenaient au culte israélite.

J'eus l'occasion d'observer cette affection pour la première fois sur Catherine Everning, femme âgée de 52 ans, souffrant depuis une dixaine d'années des plus violents accès de goutte. J'ai vu pour ainsi

dire le processus glaucômateux surgir, se former et parvenir à son plus haut degré de développement, jusqu'à ce qu'une méningite vint mettre fin à l'existence de la malade. Je trouvai les cornées transparentes des deux yeux ramollies dans leur centre, à leur surface interne aussi bien qu'à leur surface externe, dans l'étendue de deux lignes carrées ; de telle sorte que les lamelles extérieures, cédant à la pression des parties internes de l'œil, qui avait manifestement augmenté de volume, simulaient un staphylôme. Plusieurs de mes collègues crurent d'autant plus à l'existence du staphylôme, que l'iris était très-rapproché de la cornée, qui était transparente et unie dans sa périphérie. La chambre antérieure, on le comprend d'après ce qui précède, avait presque disparu ; l'iris offrait un tissu radié, tendineux, gris-verdâtre : il reprit son état normal aussitôt qu'on eut enlevé la membrane pigmentaire métamorphosée ; ce qui prouve que l'uvée exerce l'influence la plus essentielle sur les moindres qualités de la membrane iris. La membrane du pigment ainsi que la choroïde étaient très-variqueuses dans toute leur étendue; la coloration noire du pigment n'était point pure, mais tirait sur le bleu ; les deux membranes étaient dures au toucher ; la rétine se laissa facilement détacher de la choroïde et était épaissie. Il ne fut pas possible de noter de corps en forme de bâton en séparant la rétine de la choroïde, dont on a tant parlé récemment dans les *Muller's Archiv für höhere Anatomie und Physiologie*, à cause de la transformation du pigment, ainsi que par l'altération du tissu de la rétine. L'opinion que ces corps constituent un tissu propre, intermédiaire entre la rétine et la choroïde, est donc peu fondée, et il est clairement démontré qu'ils ne sont que l'effet du hasard. La capsule était transparente ; la lentille et le corps vitré avaient augmenté de volume, leur tissu était condensé et offrait une teinte tirant sur le jaunâtre, le jaune-rougeâtre. Ce n'est point sans motif que je réunis les résultats de mon double examen dans une seule description, parce qu'un état morbide, semblable sous le rapport de l'extension et de l'intensité, donne des résultats identiques. L'existence de 20 à 30 points, en partie bleu-vert, en partie vert-de-mer, disséminés dans le corps vitré, notés par Eble dans ses observations, repose certes sur une erreur, puisque les membranes et, dans ce cas, la choroïde dont le pigment est modifié dans sa couleur, entretiennent, tant qu'elles enveloppent le corps vitré, la même illusion optique que pendant la vie de l'individu. J'ai trouvé dans toutes les observations qui me sont propres un certain nombre de points verdâtres, dissé-

minés, tant que le pigment enveloppait le corps vitré. En examinant ce dernier, je n'ai noté qu'une teinte jaunâtre, uniformément répandue, et nulle trace des apparences verdâtres dont il vient d'être fait mention.

Le deuxième et le troisième cas que j'ai observés ne pouvaient m'offrir le même intérêt que le premier. En effet, je n'ai pas eu l'occasion de voir les individus vivants, et les détails sur le cours de la maladie n'ont pu m'être fournis exactement. Parmi les yeux que je reçus de l'hôpital militaire pour servir à l'enseignement des opérations, j'en trouvai deux, appartenant à des individus différents, atteints de glaucôme. La différence fournie par leur examen est si minime, qu'on peut, à bon droit, les réunir. La cornée n'était altérée dans aucun des deux yeux; la chambre antérieure était manifestement diminuée; la pupille affectait la forme ovalaire connue : dans l'un, selon l'horizontale; dans l'autre elle était oblique et dirigée d'en haut et en dedans vers le bas et le dehors; l'iris était fortement contracté dans les deux yeux et avait perdu son aspect tendineux (l'*iridodarcosis* de M. d'Ammon) dès qu'on le séparait de l'uvée; la choroïde et l'uvée étaient serrées, tenaces, leur pigment bleuâtre; la lentille et le corps vitré plus volumineux : dans l'un, de consistance de bouillie et d'un jaune-vineux; dans l'autre, presque dur, s'approchant de l'ossification et offrant une teinte jaunâtre; la rétine présentait un épaississement uniforme dans les deux yeux.

Des remarques précédentes, il ressort déjà combien, depuis Brisseau jusqu'à nos jours, on a discuté sur la nature du glaucôme, quelle différence il a régné entre les opinions, et à quelles interprétations diverses on a eu recours pour se rendre compte de cet état.

Autenrieth le premier a émis, dans ses *Versuchen für die praktische Heilkunde aus den klinischen Anstalten von Tübingen*, B. 1, S. 2, l'idée qu'il était possible que le glaucôme résultât d'une disposition morbide de la choroïde. Après lui vint Canstatt (*l. cit.*) qui, se basant sur une observation fidèle, riche de connaissances nettes et précises des phénomènes pathologiques de la vie, tant sous le rapport de l'ensemble de l'organisme que de l'organe dont il s'agit, convertit en une réalité la présomption d'Autenrieth.

On conçoit, à la vérité, combien les notions concernant l'état morbide en question ont pu différer en un espace de temps très-court, et alors surtout qu'une nuit obscure, résultat du manque de connaissances suffisantes d'anatomie physiologique, régnait dans la science. A notre époque si active, où la théorie et la pratique se

donnent la main, de semblables querelles ne sauraient se prolonger; car il est impossible d'invoquer des motifs suffisants pour rechercher la cause la plus prochaine du glaucôme dans une inflammation, cachectique ou non, de la membrane du corps vitré. On doit s'étonner de voir cette opinion se produire encore de nos jours. C'est en effet ne tenir aucun compte de l'insuffisance des changements rencontrés dans le corps vitré, lors de la dissection, pour expliquer tous les désordres du sens qui se manifestent pendant le cours du processus, et qui existent durant la vie. Ces changements sont encore moins suffisants pour donner la raison des transformations matérielles organiques appréciables et étendues. On sera encore moins satisfait si l'on envisage avec attention la disposition physiologique du corps vitré dans l'œil, son importance surtout, et les désordres qui suivent sa perte dans les opérations de la cataracte. — Personne n'ignore que les extractions avec sortie d'un quart, et même d'un tiers du corps vitré, fournissent néanmoins un bon résultat. Quoique l'œil se réduise, pour le moment, à un moindre volume à cause de l'élasticité de ses membranes, il reprend dans les 36 ou 48 heures, par une réaction modérée et une plus grande quantité de l'humeur aqueuse, la plénitude et la tension de l'œil sain. Et après la réclinaison de la cataracte, dans laquelle le corps vitré subit de si profondes atteintes, et supporte, en outre, pendant quelque temps, la pression de la lentille déplacée, le glaucôme ne devrait-il pas surgir très-facilement à cause de l'étendue des lésions? Canstatt (*loc. cit.*, p. 37) a déjà appelé l'attention sur ce point.

Il n'est pas un oculiste qui n'ait vu le glaucôme se développer après la réclinaison de la cataracte; mais, abstraction faite de la grande rareté de cette forme, le lien causal entre le glaucôme et l'opération n'est pas tel que les défenseurs de la théorie hyaloïdienne se le sont imaginé. La réclinaison est, de tous les procédés opératoires de la cataracte, celui qui, par des lésions intenses et étendues, jette pour un plus long espace de temps le trouble dans le mécanisme de l'œil, à cause de la pression exercée par la lentille ; source suffisante d'irritation inflammatoire, qui doit prendre le caractère de la constitution du patient et ne peut rester idiopathique, d'autant plus que la cause est permanente. Chez des individus arthritiques, cette inflammation se modifie diversement et se présente avec les suites les plus funestes, tantôt comme choroïdite veineuse, tantôt comme iritis, tantôt comme choroïdite arthritique.

Römer (*Dissertatio sistens pathologiam corporis vitrei in oculo hu-*

mano. Halae, 1822, p. 29) rapporte deux observations d'où il résulte que des concrétions peuvent se former dans le corps vitré sans se montrer sous forme de glaucôme. On pouvait les distinguer à l'aide de la loupe.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur l'ensemble des symptômes qui se manifestent dans le cours du processus glaucômateux pour reconnaître qu'un tissu noble et doué d'une grande vitalité doit être affecté. Comment une simple hyalite pourrait-elle être cause que le bulbe devient plus dur et plus tendu au toucher ; que la conjonctive se parsème de vaisseaux variqueux ; que la sclérotique devient d'un rouge saturé dans la région du corps ciliaire, et présente en outre un aspect sale et violet, avec élévations bleuâtres autour et même plus en arrière de ce corps (*staphyloma scleroticae*) ; que l'iris se décolore, se change en un gris-verdâtre, passe à l'état d'immobilité et de contraction ; que la pupille affecte la forme ovalaire ; que la faculté visuelle soit abolie au point de permettre à peine de percevoir la lumière ; qu'un brouillard bleuâtre, bleu-violet, avec photopsies de même couleur, règne constamment devant l'œil ; que des douleurs déchirantes, lancinantes, pulsatives, de la plus grande violence, soient ressenties sur le trajet des trijumeaux, et principalement vers le soir, tourmentent le malade jusqu'à le porter au désespoir ; tandis que s'il se déclare une capsulite antérieure ou postérieure, comme inflammation de tissus délicatement organisés (et surtout si c'est la capsule postérieure, parce que cette capsule est abondamment pourvue de vaisseaux émanant de l'artère centrale de la rétine), cette capsulite parcourt ses périodes et se termine toujours d'une manière défavorable, sans faire naître d'autre signe objectif qu'une légère rougeur des membranes, sans déterminer dans la faculté de voir autre chose qu'une altération en rapport avec l'obscurcissement existant dans ces parties transparentes ; tandis que dans le glaucôme la vision se trouve néanmoins plus fortement diminuée, quoique le trouble de la pupille soit à peine appréciable à l'œil.

La nature du processus qui amène le glaucôme est manifestement arthritique dans un grand nombre de cas ; on croit aussi que son origine, sa formation plus ou moins rapide ou lente, se trouvent en rapport étroit avec cette maladie du système de la veine porte, qui s'attaque à l'organisme sous deux formes différentes (en affectant le système veineux, comme hémorrhoïdes, et le système artériel, comme goutte). En maintenant de même ces deux formes dans l'œil, elle surgit tantôt avec une tendance manifeste aux exsuda-

tions, en conservant le type tierce, c'est-à-dire l'arthrite normale, (*amblyopia*, *amaurosis hæmorrhoïdalis*, *blennorrhœa*, *iritis*, *choroïditis et amaurosis arthritica*), et détermine les perturbations les plus variées dans les phénomènes de sensibilité et de motilité de l'œil, sans qu'elles soient soumises à un type particulier (*forme goutteuse anormale*), se manifestant avec des exacerbations et des rémissions, selon les changements de la température régnante, (*nictitatio palpebrarum*, *spasmi clonici unius aut alterius provinciae orbicularis*, *nevralgia supra-orbitalis*, *ophthalmodynia*, *micropsia*).

Les raisons qui militent en faveur de la nature arthritique du glaucôme sont faciles à saisir, car l'ensemble des causes qui se présentent dans l'étiologie de l'arthrite en général se retrouve dans cette affection.

§ II. Étiologie. — A. *Causes prédisposantes.*

I. Le glaucôme n'affecte que les personnes âgées.

II. Il est reconnu que cette forme d'arthrite est héréditaire dans certaines familles.

III. On admet un *habitus* goutteux et un *habitus* hémorrhoïdal, et l'on croit pouvoir distinguer le premier du second par la prédominance des organes respiratoires et du système vasculaire artériel : la même distinction peut être établie pour l'organe de la vue. Ainsi, les yeux goutteux sont petits, actifs, brillants, spirituels, très-mobiles; leurs pupilles sont étroites et les iris d'une teinte grise étincelante. Dans l'*habitus* hémorrhoïdal, au contraire, les yeux sont grands, tendus, durs au toucher, irréguliers, mats, d'une expression morne; leurs mouvements sont lents; la chambre antérieure offre une grande capacité; les pupilles sont larges, les iris bruns, lents, sans éclat.

Mais d'où provient cette grande différence dans la direction que suit le processus arthritique? Il faut admettre une disposition particulière de l'organe visuel à être atteint d'arthrite, car combien la goutte ne tue-t-elle pas de milliers d'individus qui conservent une très-grande puissance visuelle. Le processus glaucômateux se développe dans une série déterminée de cas. Chercher à approfondir cette particularité serait de la plus haute difficulté, à moins qu'on ne voulût se contenter de raisons vagues, invoquant, pour l'expliquer, la malignité particulière d'un processus morbide, les rechutes fréquentes des affections oculaires de nature arthritique, un traitement irrationnel, négligé.

(*La suite au prochain numéro.*)

ÉTUDES CLINIQUES SUR L'OPÉRATION DE LA CATARACTE;

Par le docteur SICHEL.

(*Deuxième article.*)

Comparaison de l'extraction et de l'abaissement, appuyée sur l'observation de plusieurs faits pratiques.

Dans le premier article, nous avons mis en présence deux observations assez simples de cataractes opérées, l'une par abaissement, l'autre par extraction. Aujourd'hui nous nous proposons d'y joindre quelques autres exemples. La réunion de ce petit nombre de faits suffira pour démontrer qu'en général le même chirurgien peut réussir avec des méthodes différentes et même opposées. Cependant, de leur comparaison attentive il nous sera facile de faire ressortir quelques conclusions importantes. Dans ce moment, nous nous contenterons de les indiquer, nous réservant de leur donner, plus tard, tous les développements nécessaires.

Troisième observation. — *Deux cataractes demi-molles; extraction par en haut le 22 mai 1845. Cornées petites; lambeaux petits; sortie difficile des cristallins. Yeux assez enfoncés et paupières épaisses ; opération difficile. Succès immédiat, complet et persistant. Conjonctivite et commencement de chémosis produit par l'élévation de la cicatrice sans écartement.*

Madame D....., âgée de 70 ans, est affectée de deux cataractes lenticulaires demi-molles. Les cornées sont petites, les lambeaux ont été taillés moins grands que d'ordinaire. L'œil droit seul a été fixé avec une pince implantée dans la conjonctive. Les cristallins, qui sortent lentement et assez difficilement, emportent quelques parcelles de pigmentum de l'uvée, mais sans laisser beaucoup de substance corticale dans les chambres antérieure et postérieure. La vue est un peu moins nette que d'ordinaire, les yeux étant plus sensibles, probablement à cause de la pression plus forte qu'ils ont éprouvée. L'enfoncement assez prononcé des yeux et l'épaisseur des paupières ont rendu l'opération difficile, surtout de l'œil droit, où l'abaissement de la paupière a dû être confié à un aide, la main droite de l'opérateur étant employée à tenir la pince qui fixe le globe. La vision est bonne immédiatement. A la levée de l'appareil, les yeux sont assez injectés et les conjonctives un peu gonflées. — Purgatif, onctions mercurielles belladonées.

Le 30 mai, il y a un commencement de chémosis, mais sans trouble ni injection de la cornée; les pupilles sont nettes. (Dix ventouses scarifiées entre les épaules et à la nuque; continuer les onctions. Colchique à l'intérieur.)—Au bout de quelques jours, l'inflammation est réduite à une simple conjonctivite. On peut reconnaître alors que cette irritation a été produite et entretenue par l'élévation de la cicatrice sans écartement de ses lèvres. (Continuation des mêmes moyens.)—Après quelques jours, on commence à instiller du laudanum de Sydenham, d'abord affaibli d'eau.

Le 6 juin, jour de la sortie de la malade, sa vue est parfaite. Il reste encore un peu d'injection de la conjonctive. — Continuer le laudanum et le colchique, un bain de pieds de temps à autre.

Quatrième observation.— *Deux cataractes lenticulaires dures, compliquées d'amaurose à gauche et d'amblyopie amaurotique à droite. Abaissement complet et facile; persistance de l'amaurose et de l'amblyopie.*

M. L..., âgé de 79 ans, invalide, porte deux cataractes lenticulaires verdâtres. L'absence complète de la perception lumineuse de l'œil gauche me fait prédire une amaurose de cet œil, dont le congénère semble affecté d'une amblyopie.

L'abaissement pratiqué par la scléronyxie, le 17 septembre 1838, est facile et réussit complètement. Les pupilles, fortement dilatées par la belladone, présentent partout le plus beau noir. De l'œil droit, quelques minutes après l'opération, il commence à voir assez bien de gros objets et à distinguer non-seulement le cadran et la boîte d'une montre, mais encore, bien qu'avec quelque hésitation, les aiguilles. Il ne survient point de symptômes inflammatoires; par conséquent, le traitement se borne à l'observation des règles hygiéniques générales.

Après quinze jours, le malade sort, ne voyant pas bien distinctement de l'œil droit, même avec des lunettes convexes du n° 5, bien qu'il n'existe aucune trace de cataracte secondaire. Cela s'explique par l'amblyopie dont nous avions reconnu l'existence avant l'opération, et qui, d'ailleurs, comme dans beaucoup de cas, ne se révèle par aucun autre symptôme manifeste. On prescrit un liniment excitant et quelques vésicatoires volants. L'âge avancé du sujet, seule cause appréciable de la maladie de l'organe visuel, nous fait concevoir sur-le-champ peu d'espérance pour la guérison. Le temps est malheureusement venu confirmer ce pronostic.

Cinquième observation. — *Deux cataractes lenticulaires demi-dures opérées par abaissement. Flocons capsulo-lenticulaires flottants après l'opération dans la pupille. Vomissements. Cataractes capsulaires secondaires presque complètes ; nouvelle opération difficile des deux côtés à cause de l'extrême extensibilité de la capsule. Iritis droite avec hypopyon considérable. Guérison complète des deux yeux.*

Madame V. L..., âgée de 72 ans, est entrée à ma clinique le 29 mars 1838, pour deux cataractes lenticulaires assez dures, entourées d'un peu de substance corticale molle. Au centre, on voit un peu le noyau ambré. Le globe est très-profondément enfoncé dans l'orbite, la chambre antérieure est très-étroite; circonstances défavorables pour l'extraction. L'abaissement est pratiqué le 2 avril, sans que le malade souffre un seul moment pendant l'opération. Le noyau s'abaisse facilement; mais des flocons capsulo-lenticulaires restent flottants dans la pupille. (Instillation de belladone; frictions d'onguent napolitain belladonisé.) Il survient des vomissements fréquents qui le lendemain sont arrêtés par l'emploi de la potion de Rivière. Il ne se développe point d'inflammation ; la pupille reste large.

Le 6, la conjonctive de l'œil droit est rouge, et cet œil commence à larmoyer. (Huit sangsues sont appliquées.) La malade a bien vu ces jours-ci ; néanmoins, probablement par suite des vomissements, il semble qu'une portion du cristallin, surtout dans l'œil gauche, soit remontée dans la pupille. Dans l'œil gauche, on voit une opacité convexe blanc-bleuâtre, formée par une portion du cristallin enveloppée de la capsule et placée dans la moitié interne de la pupille encore un peu dilatée ; dans l'œil droit, la pupille est presque entièrement remplie de lambeaux opaques capsulo-lenticulaires. La malade se plaint de douleurs dans l'œil droit, qui présente les signes anatomiques d'une conjonctivite et d'un léger commencement d'iritis. — Purgatif salin ; frictions d'onguent napolitain belladoné, et instillations de belladone.

Le 27 avril, la pupille droite est dilatée et permet de voir que sur son bord la capsule est moins opaque et fenêtrée. Tous les symptômes d'inflammation ont disparu, à l'exception d'une légère injection de la conjonctive, près du bord interne de la cornée. La malade commence à voir un peu de cet œil ; mais il n'y a guère d'espoir que la lacune de la capsule s'agrandisse et que la vision gagne. Je

retouche cet œil le 26, en déchirant et abaissant la capsule opaque. Je fais la même opération sur l'autre œil, dont la pupille dilatée n'est transparente que dans son tiers externe, tandis que les deux tiers internes sont occupés par la capsule opaque, contenant des restes de substance cristalline. Sur les deux yeux, l'opération est très-difficile; car la capsule a beau s'inciser très-aisément, elle est devenue tellement extensible qu'il est presque impossible, même en portant l'aiguille jusqu'au fond de l'œil, de séparer entièrement les derniers filaments qui réunissent les fragments.

Voici pourquoi on doit craindre de voir les lambeaux se réunir de nouveau : quoique rejetés latéralement et en bas, ils tremblotent continuellement dans la pupille et s'écartent très-fréquemment les uns des autres.

L'opération, indolore pour l'œil gauche, a été douloureuse pour l'œil droit, dans lequel la malade éprouve aussi de fortes douleurs pendant la nuit. On applique de suite dix sangsues après midi. C'est alors seulement que la douleur a cessé. La pupille gauche est largement dilatée. Madame L... voit très-bien de cet œil. De l'œil droit, elle voit un peu moins, mais pourtant assez bien. Il y a un peu de rougeur et un certain degré d'injection et de gonflemeut de la conjonctive; ce qui indique une tendance au chémosis.— Continuer les instillations de belladone faites depuis l'opération et les fomentations glacées employées depuis cette nuit. Reprendre les onctions mercurielles belladonées.

Il se développe dans l'œil droit une iritis avec hypopion qui finit par remplir presque le tiers de la chambre antérieure. La pupille se contracte, la vue devient fort trouble. — Douze sangsues sont appliquées ; le calomélas avec l'opium est donné à l'intérieur ; des purgatifs, des bains de pieds, le colchique, sont alternativement employés.

Les douleurs frontales qui accompagnaient l'iritis cessent petit à petit ; la matière puriforme se résorbe, la vision devient plus nette.

Le 2 juin, la malade quitte la clinique, voyant parfaitement bien des deux yeux avec et sans lunettes à cataracte, mais ayant encore à l'œil droit la conjonctive rouge, la pupille un peu angulaire et plus étroite, et une petite tache gris-jaunâtre dans le fond de la chambre antérieure, formée par un reste de matière plastique. — Continuer l'onguent mercuriel belladoné.

La guérison est devenue complète, sans qu'il ait même été nécessaire d'en venir à l'application d'un vésicatoire.

Les observations qu'on vient de lire donnent lieu aux considérations générales suivantes :

1° Chaque méthode opératoire porte avec elle ses difficultés et ses accidents. Il est impossible de dire d'une manière absolue que l'une d'elles soit plus facile à exécuter que l'autre, plus sûre et plus heureuse dans ses résultats. Il s'agit donc d'établir quelles sont les circonstances où l'une d'elles, offrant plus d'avantages, doit être choisie de préférence. En d'autres termes, nous allons nous attacher à fixer d'une manière rationnelle quelles sont les indications déterminantes pour l'adoption de l'une ou de l'autre de ces deux méthodes.

2° Même quand le choix de la méthode a été bien fait, des accidents peuvent survenir pendant ou après l'opération. Parmi ces accidents, il en est que l'on aurait pu soupçonner davantage et d'autres qui sont complètement imprévus. L'opérateur le plus heureux, sinon le plus habile, sera celui qui saura le mieux les éviter, et quand, malgré les précautions qu'on aura prises, on les verra surgir inopinément, celui qui les combattra et les neutralisera le plus efficacement.

3° Dans les cinq observations que nous venons de rapporter, toutes les méthodes mises en usage ont obtenu un succès à peu près égal. Cependant, bien que ce soit plutôt l'effet du hasard qu'une intention réfléchie qui ait amené la réunion des faits que nous venons de passer en revue, et qui ont été puisés au milieu d'une énorme quantité de matériaux, il est une remarque qui doit frapper nos lecteurs. Après l'extraction, même dans des cas où l'opération a offert des difficultés notables, la guérison s'est montrée en général plus prompte et plus directe lorsqu'on n'avait point affaire à des cataractes dures. Pour l'abaissement, au contraire, les mêmes conditions de consistance du cristallin donnaient lieu à des accidents inflammatoires plus violents, plus prolongés, et à des cataractes secondaires qui ont nécessité une nouvelle opération.

Cette différence de résultats dans des circonstances pathologiques semblables est précisément ce qui sert à baser d'une manière rationnelle les indications les plus importantes pour le choix de telle ou telle méthode opératoire. Nous en ferons le sujet de notre prochain article. Nous ne négligerons point pour cela de considérer les observations sous tous les autres rapports et d'en tirer toutes les conclu-

sions qui en découlent naturellement; car s'il est quelque chose qui fasse mieux ressortir combien il est utile de varier suivant les cas les procédés opératoires, et en outre qui démontre le plus clairement la justesse de certains principes généraux fondés sur l'expérience, c'est assurément l'examen comparatif de faits qui, au premier abord, paraissent identiques, mais dont les suites immédiates et éloignées présentent des variations qui ne doivent pas échapper à l'œil du praticien. Ce sont elles qui lui apprennent à poser son diagnostic avec plus de rigueur, de précision, et à saisir ces nuances délicates dont il peut tirer des indications précieuses.

On trouvera peut-être que certains points des observations, énoncés d'une manière trop aphoristique, n'ont pas toute la clarté désirable. Nous devons prévenir le lecteur que toute obscurité se dissipera dans la suite, car nous avons à revenir sur ces mêmes observations pour en tirer des déductions générales et pour y ajouter en même temps certains détails explicatifs.

OBSERVATION D'UNE AMAUROSE CHEZ UN ENFANT DE SIX MOIS, SURVENUE A LA SUITE D'UNE OPHTHALMIE DES NOUVEAU-NÉS; TRAITEMENT PAR LES RÉVULSIFS ET LE GAZ HYDROGÈNE AZOTÉ; GUÉRISON;

Par le docteur ESCOLAR, médecin des Hôpitaux généraux de Madrid, etc., etc.

A tout praticien incombe, selon moi, le devoir de publier les faits intéressants qu'il lui est donné d'observer. La science et l'humanité trouveraient un immense profit dans l'observance de cette obligation, malheureusement si méconnue.

C'est donc pour apporter ma pierre à l'édifice en construction que je viens aujourd'hui relater l'observation suivante:

Un enfant de six mois, né fort et bien constitué, après avoir été baptisé à l'eau froide (1) pendant la rigueur de l'hiver de 1843, contracta une ophthalmie catarrhale qui détermina une cécité complète. Voici, au rapport de la mère, quelle a été la marche de la maladie :

(1) Un grand nombre de médecins espagnols se sont élevés, dans le *Boletin de medecina, Cirujia y Farmacia*, que je rédige, contre la pratique du baptême avec de l'eau froide. Grâce à leurs efforts, cette coutume se perd de plus en plus dans notre pays.

Peu de jours après le baptême, on remarqua que l'enfant pleurait beaucoup, sans qu'on pût en reconnaître la cause. Après vingt jours, se manifesta une inflammation aiguë qui s'accrut de plus en plus ; les paupières s'étaient fermées spasmodiquement et sécrétaient du muco-pus en assez grande abondance. Après huit jours, le blépharospasme ayant diminué, les yeux purent être entr'ouverts : la conjonctive du bulbe était rouge. Un chirurgien qui fut consulté prescrivit quelques topiques émollients dont l'emploi fit cesser la photophobie. Mais quelle ne fut pas l'affliction des parents lorsqu'ils découvrirent que les yeux, qui étaient aisément tenus ouverts, étaient privés de la faculté de voir !.... Pendant l'espace de deux mois, on employa sans le moindre résultat une foule de remèdes sur la nature desquels la mère n'a pu me fournir aucune donnée précise.

Lorsque j'ai examiné l'enfant, je lui ai trouvé les cornées transparentes, mais ternes ; les pupilles étaient larges et immobiles ; les globes oculaires étaient agités d'un mouvement oscillatoire extraordinaire. Quand on l'appelait, il dirigeait vaguement les yeux dans tous les sens avec une rapidité étonnante, et les couleurs les plus vives, comme la lumière d'une bougie, le simulacre de frapper les yeux avec un corps étranger, ne produisaient sur ces organes aucune sensation.

L'oscillation des yeux et l'amaurose étaient ici un effet consécutif de l'ophthalmie des nouveau-nés, et je crus devoir combattre cet état par les révulsifs. En conséquence, je prescrivis l'application d'un emplâtre épispastique à l'une et à l'autre fosse temporale. Après huit jours, j'en fis appliquer deux autres aux apophyses mastoïdes, et huit autres jours plus tard, un pareil emplâtre fut placé à la nuque. Dès le huitième jour de ce traitement, je soumis chaque œil, alternativement de trois en trois jours, à l'action du gaz hydrogène azoté, agité dans un petit flacon.

La mère fut mise aux adoucissants et aux mucilagineux.

Après quinze jours, l'enfant commença à donner des signes du retour de la vision ; quand on approchait la bougie, il détournait la tête et fermait les paupières. Il imprimait le même mouvement à ces voiles lorsqu'on approchait vivement la main des yeux. Les signes du rétablissement de la fonction visuelle devinrent de jour en jour plus manifestes, en même temps que le mouvement oscillatoire alla en décroissant, et au bout de quarante jours la guérison fut regardée comme complète.

Plus de deux ans se sont écoulés, et ce résultat ne s'est pas démenti.

Cette observation, que j'ai dû rapporter sommairement, peut donner matière à des réflexions nombreuses dont je crois pouvoir m'abstenir dans un recueil lu par des hommes spéciaux. Elle fournit des enseignements dont on ne manquera pas de tirer parti.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX HOLLANDAIS.

Journal médical de la Neérlande.

Rapport sur une ophthalmie qui régna à bord du vaisseau le Waterloo, *pendant un voyage avec des troupes embarquées pour l'île de Java ;* par M. Marinkelle, chirurgien-major, etc.— M. le chirurgien-major Marinkelle nous donne, sous ce titre, l'histoire d'une ophthalmie qui a régné à bord du vaisseau neérlandais *le Waterloo*, pendant la traversée de Hollande aux Indes orientales (Java) et viceversâ. Nous en extrayons ce qui suit :

Lors du départ pour Java du vaisseau *le Waterloo*, de la rade de Duyns (mai 1836), il n'y avait que trois hommes de l'équipage atteints d'ophthalmie. Parmi les militaires de transport embarqués sur le brick hollandais *la Sirène*, quelques sujets étaient affectés d'ophthalmie chronique lors de leur embarquement, et il s'en trouvait, dans ce transport, qui avaient été affectés d'ophthalmie pendant qu'ils étaient en garnison à Amsterdam.

A peine le bâtiment fut-il en mer de quelques jours que le nombre des ophthalmiques commença à s'accroître, et la violence du mal augmenta aux approches des tropiques. Il y avait à bord de ce bâtiment 636 hommes de transport et 272 hommes d'équipage ; — en sorte qu'on peut dire qu'il y avait encombrement très-prononcé.

A la fin du mois de mai, le vaisseau étant à la hauteur de Ténériffe, les ophthalmiques étaient dans l'équipage au nombre de 11, et dans les troupes de transport au nombre de 36. En juin et pendant qu'on était arrêté par les calmes entre les tropiques, avec une atmosphère de 81—88° Fahrenh., 12 hommes de l'équipage et 51

militaires de transport vinrent augmenter le nombre des ophthalmiques.

L'ophthalmie s'accrut encore en nombre et en violence en juillet, lors du passage de la ligne par une atmosphère humide et froide. 15 hommes de l'équipage et 141 du transport grossirent la liste de ces malades, et tous les cas présentèrent plus d'acuité et de gravité. Dans le courant d'août, on compta 24 nouveaux cas dans l'équipage et 114 dans les troupes de transport.

Les sujets obligés de rester alités pour des fièvres pertinaces, et subissant par conséquent le plus l'influence de l'encombrement, restèrent néanmoins exempts du mal d'yeux qui atteignit tous leurs camarades. Les sous-officiers en souffrirent moins que les soldats : parmi les officiers, le commandant des troupes et le premier officier du vaisseau furent seuls affectés de cette maladie.

Lors de l'arrivée du *Waterloo* à Samarang, le 3 septembre, le total des ophthalmiques traités était de 362. — 305 se trouvaient guéris, et les 57 autres, affectés chroniquement, étaient en voie de guérison.

Le débarquement des troupes de transport permettant de donner plus d'espace à l'équipage, on eut l'espoir de voir le mal d'yeux disparaître du vaisseau. Il n'en fut cependant rien. De nouveaux cas d'ophthalmie se présentèrent pendant le trajet de retour, et des recrudescences aiguës survinrent chez tous les sujets déjà affectés.

L'auteur décrit longuement dans son intéressant travail la marche et le traitement de cette ophthalmie. — Nous renvoyons, pour ce qui concerne l'une et l'autre, qui ne présentent rien qui ne soit connu, au mémoire même. Dr Decaisne.

De l'ophthalmie militaire ; par M. Kerst, professeur à l'hôpital militaire d'instruction à Utrecht. — « Je suis convaincu, dit M. Kerst, « que c'est une maladie *sui generis*, produite par des causes atmo- « sphériques épidémiques (comme le choléra, l'influenza, la petite- « vérole, la rougeole, etc.), devenue stationnaire ou endémique dans « quelques pays : la nature en est évidemment catarrhale ; elle est « en outre contagieuse, surtout lorsqu'elle a pris la forme puru- « lente. »

Le travail dont s'occupe ici le *Journal médical de la Neérlande* a

été publié par M. Kerst (1) dans ses *Heelkundige Mengelingen*, Utrecht, 1835 ; nous laissons parler le journal hollandais :

« Comme d'autres maladies épidémiques, l'ophthalmie fut d'abord circonscrite à une localité pour s'étendre ensuite à d'autres régions ; quelques-unes furent épargnées, sans qu'on en connaisse la cause. L'agglomération d'hommes en augmente la véhémence et la rend contagieuse. D'une forme particulière, elle se modifie quelquefois. Les autres causes sont toutes dénuées de fondement. L'expérience a appris, par exemple, que les vêtements trop serrés, que quelques médecins avançaient comme cause, n'avaient aucune influence funeste. C'est bien plutôt aux changements subits de température qu'il faut en attribuer la naissance. Ce sont précisément les troupes en garnison dans les forteresses qui y sont le plus exposées ; les soldats logés dans les casernes, où il y a des courants d'air continuels, en sont attaqués de préférence, etc.

« Dans le camp de Ravels, en 1827, les divisions qui campaient aux ailes offrirent bien plus d'ophthalmies que celles du centre, qui furent épargnées. Les jeunes soldats y sont plus sujets, et la fréquence en est plus grande lorsque la journée a été chaude et la nuit froide. Elle n'attaque pas seulement les militaires, mais aussi, quoique plus rarement, les bourgeois ; ce qui s'explique facilement par la différence qui existe entre la manière de vivre des deux, les bourgeois n'ayant pas à faire des marches fatigantes ou à monter la garde, etc.

« La nature catarrhale de l'ophthalmie, manifeste d'abord par la cause qui l'a produite, l'est ensuite bien davantage par les symptômes eux-mêmes. La forme blennorrhagique ou purulente n'est point en contradiction avec cette thèse, puisque le plus grand nombre des blennorrhées sont de nature catarrhale. L'ophthalmie des nouveau-nés, qui ressemble tant à l'ophthalmie militaire, en est une preuve plus forte encore, puisqu'elle est due le plus souvent à des causes catarrhales.

« Quant à la contagiosité, on ne pourrait la nier : la contagion n'agit pas seulement par le contact, mais aussi à distance. En 1828, quelques malades, atteints d'ophthalmie purulente, arrivèrent à l'hôpital du Helder ; l'élève de garde les plaça dans la salle pour les ophthalmiques où se trouvaient quelques ophthalmies chroniques. Le jour suivant, à quelques exceptions près, toutes avaient pris la forme pu-

(1) Voir *Annales d'Oculistique*, vol. XII, p. 41.

rulente violente, et pourtant aucun contact immédiat n'avait eu lieu entre ces derniers venus et les premiers. L'auteur traita encore un militaire attaqué d'ophthalmie, en 1832, à Tilbourg. Sa famille, composée de cinq personnes toutes saines, fut, malgré des précautions minutieuses, attaquée de la même maladie.

« D'autres circonstances en favorisent encore l'extension: ce sont en général toutes celles qui produisent les ophthalmies. M. K. pourtant observa que sa division n'offrit, lors de la campagne en Belgique, qu'un petit nombre d'ophthalmies; elle marcha pourtant toujours dans le sable pendant un temps chaud, sec et serein. Dans les camps aussi, la poussière (ce qui est contraire à l'opinion de Pringle) ne causa que peu d'ophthalmies; et c'est en automne qu'on l'observa le plus souvent dans les cantonnements. Une cause bien plus constante de la propagation de cette maladie, ce sont les granulations sur les paupières, suites de l'ophthalmie militaire; elles exposent aux récidives pour les causes les plus légères.

« Il ne faudra guère chercher les préservatifs dans l'habillement, mais dans l'éloignement des causes qui l'ont produite. On exposera le moins possible les soldats aux courants d'air, on logera ceux qui en ont été attaqués une fois dans les parties les plus saines des casernes.

« L'auteur finit en conseillant la cautérisation de l'œil, qu'il pratiquait déjà en 1830. « Que peut-on attendre, dit-il, des remèdes internes dans des ophthalmies qui détruisent souvent l'œil en quelques heures? »

« L'excellence de ce conseil, il la prouve par deux observations: Un marin, âgé de 27 ans, entra le 12 septembre 1830 à l'hôpital d'Utrecht, avec perte totale de l'œil droit par une ophthalmie datant de dix jours. L'œil gauche était depuis deux jours dans un état purulent très-violent, les paupières, tuméfiées et spasmodiquement contractées, empêchaient l'inspection du bulbe. M. Kerst introduisit un morceau de pierre infernale entre les paupières, en cautérisa la surface interne et tout le bulbe (toute la conjonctive? *Ann. d'Oc.*) de l'œil; ensuite il fit une large saignée et prescrivit des fomentations sur l'œil avec du lait. Les douleurs, d'abord si violentes qu'elles nécessitèrent l'administration de l'opium, diminuèrent ensuite.

« Le soir et le jour suivant, il répéta la cautérisation, dont l'effet fut de conserver l'œil et la vue. Quelque temps après, il appliqua la pierre infernale avec le même succès.

« Lorsque la tuméfaction des paupières empêche d'y introduire le

caustique, il faut inciser hardiment l'angle externe de l'œil.

« La pierre infernale est encore très-utile dans les granulations des paupières; mais il faudra en répéter plus souvent l'application. »

Ossification du corps vitré; par M. Spree.— Le fait dont l'histoire suit a été extrait, par le *Journal de la Neérlande*, de la *Dissertatio pathologica et physiologico-medica* que l'auteur a défendue à la Faculté de médecine de l'Université de Groningue :

« On avait opéré une cataracte à l'œil droit sur le sujet de cette observation, âgé de 61 ans ; mais la vue ne s'était pas rétablie. Jusqu'à sa mort, le patient souffrit de douleurs vagues qu'on supposait arthritiques. L'œil gauche était parfaitement sain ; jamais le malade ne ressentit de douleur dans l'œil droit, dans lequel on ne trouva pas même une trace du corps vitré ni de la membrane hyaloïde. Un corps osseux, presque de la même forme que le corps vitré, convexe en arrière et aux côtés, concave en avant, remplaçait cet organe. Tout près de ce corps est située la membrane choroïdiènne qui y adhère dans quelques endroits, tandis qu'elle en est séparée dans d'autres. Les nerfs ciliaires s'épanouissent comme d'ordinaire sur la face extérieure de la choroïde ; absence du cristallin, cicatrices dans la cornée opaque; l'iris contigu à la cornée n'y adhère pourtant pas, excepté là où devrait être la pupille; un ligament pseudo-membraneux très-vasculaire court de là à la fosse hyaloïdienne ; ce ligament envoie à gauche et à droite, derrière le corps ciliaire, un prolongement qui s'unit à un exsudat plastique déposé sur la choroïde. Il existe dans la fosse hyaloïdienne un autre exsudat avec une pseudo-membrane mince, et qui est uni à celui qui se trouve à la surface interne de la partie antérieure de la choroïde.

« Le corps vitré était donc changé en un os épais d'un demi-pouce, rond, solide, de la même forme que le corps vitré. Observé au moyen du microscope, on y trouva les corpuscules osseux, seulement un peu plus petits que d'ordinaire, et les conduits médullaires très-larges. Cette transformation du corps vitré ne consista donc pas seulement dans le dépôt d'une matière calcaire quelconque, mais dans la production d'un véritable corps osseux.

« On ne trouva d'ailleurs aucune trace de rétine ni de pigment noir ; le nerf optique atrophié, et presque entièrement privé de la substance médullaire, ne remplissait qu'une quatrième partie de sa gaine ; sclérotique hypertrophiée. M. Sebastian possède une prépa-

ration d'un œil amaurotique où l'on trouve, au lieu d'une couche de pigment, quelques taches noires. D'autres ont aussi observé une atrophie totale ou partielle de la rétine. Dans de semblables cas, on a attribué l'atrophie de ces parties à la pression exercée par le corps osseux ; mais ce corps, ayant ici un volume plus petit que le corps vitré, ne put exercer aucune pression sur les parties contiguës. L'auteur croit au contraire que cette atrophie est due à l'oblitération des vaisseaux et à la fonction troublée de l'œil ; tandis qu'il croit l'hypertrophie de la sclérotique produite par cette tendance de la nature à remplir les cavités résultant de la diminution de volume que subissent d'autres parties situées dans le voisinage. La diminution du corps vitré avait produit ici une cavité que la nature a tâché de remplir par l'hypertrophie de la sclérotique.

« Quant à l'ossification du corps vitré, elle provient, selon lui, des vaisseaux de l'iris et de la choroïde. Il est un fait qui plaide en faveur de cette opinion : c'est celui reconnu par M. Sebastian, que le corps vitré et la membrane hyaloïde sont nourris, après la naissance, par des vaisseaux qui proviennent de la partie antérieure de l'œil. L'auteur défend encore son opinion par la présence d'une pseudo-membrane dans la fosse hyaloïdienne, unie à l'exsudation plastique qu'on trouva sur la choroïde, et de prolongements vasculaires qui se portaient à cette membrane. »

Observation d'un cas d'iritis; par le docteur Van den Broek, médecin militaire. — Il s'agit d'une iritis survenue à la suite d'une brûlure négligée de la cornée, produite par de l'eau bouillante. Le sujet était jeune et robuste. L'auteur a eu recours à la saignée générale répétée, aux purgatifs, puis au calomel administré jusqu'à salivation, aux onctions mercurielles belladonées, et enfin à la belladone donnée à l'intérieur, aux frictions avec une pommade d'hydriodate de potasse. Malgré toute la gravité de l'affection, la cure a été complète. Les adhérences qui s'étaient, selon toute probabilité, déjà établies avec la capsule se sont rompues, et les signes subjectifs de trouble que le malade accusait d'abord se sont complètement effacés. Ce fait est rapporté avec des détails pour ainsi dire minutieux, qui fournissent une nouvelle preuve du zèle scientifique qui anime M. Van den Broek ; les réflexions dont il l'a fait suivre dénotent un esprit d'analyse exact et une sage habitude ophthalmologique.

Observations sur l'ophthalmie régnant dans l'armée neérlandaise et sur son traitement à l'hôpital militaire de Breda, de juin à juillet 1839; par le docteur Snabilié. — Sous ce titre, il est rendu compte de l'ouvrage que notre estimable collaborateur, aujourd'hui 1er officier de santé de l'armée hollandaise, à La Haye, a publié, il y a cinq ans, sous le titre de : *Bijdragen tot de kennis der heerschende Oogziekte in het Nederlandsche Leger* (Breda, 1840, in-8°). Nous avons à nous reprocher de n'avoir pas fait connaître à nos lecteurs cette intéressante publication, et surtout de n'avoir pas signalé la concordance des opinions de l'auteur avec celles émises quelque temps auparavant par M. le docteur Fallot.

Incessamment nous réparerons notre tort. R.

Tijdschrift voor Genees, — Heel, — Verlos, — Schei, — en Natuurkundige Wetenschappen.

Compte-rendu des travaux de la Société Vis unita fortior, *à Hoorn, pendant les vingt-cinq années écoulées, du 22 septembre 1818 au 22 septembre* 1843. — Ce compte-rendu a été lu à l'occasion de la célébration du 25e anniversaire de la société *Vis unita fortior*, fondée à Hoorn le 22 septembre 1818, dans le but de contribuer aux progrès de la médecine, de la chirurgie, de l'obstétricie, de la chimie et des sciences naturelles. Deux Sociétés existaient autrefois à Hoorn ; c'est pour rappeler leur fusion en une seule que la Société actuelle a pris pour divise : *Vis unita fortior*.

Peu de Sociétés scientifiques ont un aussi beau passé que celle de Hoorn. C'est certes chose fort louable que des praticiens d'une petite localité réunissant leurs efforts et poussant au char de la science ; mais rien n'est plus digne d'intérêt, rien ne doit exciter davantage l'admiration que cette modeste compagnie, marchant d'un pas ferme vers le but qu'elle s'est proposé, et donnant en quelque sorte l'essor à toute la Hollande. La haute part que la société *Vis unita fortior* a prise dans ce pays au développement des sciences médicales ne saurait être niée ; tous les savants, tous les praticiens neérlandais s'accordent sur ce point.

La spécialité de ces *Annales* ne nous permet pas de suivre l'auteur du compte-rendu dans l'histoire qu'il fait de la Société ; nous nous bornerons à indiquer parmi les travaux dont il parle ceux qui se rapportent à l'oculistique. M. Visser Bender a traité de la lumière dans

ses rapports avec l'appareil de la vision; M. Idenburg, de l'inflammation de l'œil et des paupières ; M. G. J. Rijnders, de deux vices de conformation de l'œil. M. Joritsma a communiqué l'observation d'un mouton cyclope ; M. G. J. Rijnders a fait une démonstration de l'appareil de la vision ; M. Van Dommelen a présenté une préparation anatomique de l'œil, destinée à expliquer le phénomène de la vision ; M. Rentmeester a soumis à la compagnie ses vues sur le strabisme et la cure de cette affection par la myotomie ; etc., etc.

D'autres travaux oculistiques remarquables ont été inspirés à ses membres et ont été publiés sous son patronage. Nous citerons en première ligne les savantes recherches de M. Mensert sur les maladies oculaires que l'on observe en Hollande (*Geschiedkundig overzigt omtrent de heerschende en voorkomende Oogziekten in Nederland*, 1827), imprimées par décision de la Société en date du mois de mai 1827 ; une notice de M. Van Dommelen sur l'ectropion ; le Manuel d'ophthalmologie de M. Blom, médecin à Utrecht, dont la deuxième partie n'est pas encore livrée au public (*Handboek voor de Oogheelkunde , ten dienste van Genees- en Heelkundigen*, Tiel, 1837).

L'auteur du *Compte-rendu* déplore que la langue hollandaise soit absolument inconnue à l'étranger (*de volstrekte onbekendheid der buitenlanders met onze taal)*; ce qui a pour effet que les productions médicales de la Neérlande franchissent rarement la frontière. Le *Journal médical de la Neérlande*, qui avait été fondé dans le but de répandre à l'étranger la connaissance des travaux des médecins hollandais, n'a pas trouvé l'appui qui lui était nécessaire, et il a dû s'éteindre après une année d'existence. Nous formons les vœux les plus ardents et les plus sincères pour qu'un recueil, rédigé sur un plan à la fois plus vaste et mieux conçu, et surtout écrit en un français plus correct , vienne remplacer le *Journal médical de la Neérlande* et combler une lacune préjudiciable à l'intérêt de la science , en ce qu'elle prive le monde médical de l'initiation aux découvertes de nos savants et laborieux confrères hollandais.

JOURNAUX ESPAGNOLS.

Boletin de Medicina, Cirujia y Farmacia de Madrid.

Exophthalmie complète et amaurose consécutive de l'œil gauche ; kyste séreux développé dans la cavité orbitaire et renfermant dans sa cavité une hydatide acéphalocyste de la grosseur d'un œuf de pigeon ;

opération; *guérison*; par M. le docteur GARCIA ROMÉRAL. — Grégoria Avila, native de Socuellanos (province de la Manche), âgée de 18 ans, non mariée, d'un tempérament lymphatico-sanguin, bien constituée, et s'occupant de travaux domestiques, commença à s'apercevoir, dans le mois de juillet 1844, que son œil gauche devenait plus proéminent que le droit, mais sans qu'il se manifestât aucune gêne ni aucune douleur. Elle n'y attacha pas une grande importance, jusqu'au 22 du même mois qu'elle aperçut au-dessous du sourcil gauche une petite tumeur qui s'accrut graduellement jusqu'au point de déloger l'œil hors de son orbite. Vingt jours après son apparition, elle commença à éprouver de la douleur dans le fond de cette cavité; sa vue diminua en raison de l'augmentation du volume de la tumeur, de telle sorte qu'à la fin du mois d'août, l'œil avait complètement cessé de remplir sa fonction.

Divers remèdes furent employés : d'abord, on fit usage de l'eau végéto-minérale sous forme de collyre ; on eut recours aux applications de sangsues à la tempe ; à des frictions au moyen de la pommade stibiée, faites entre les épaules, à quelques vésicatoires placés à la nuque ; mais voyant qu'elle n'éprouvait aucun soulagement, on l'envoya ici le 8 du mois d'avril dernier. La malade était alors dans l'état suivant : physionomie triste et abattue ; exophthalmie complète de l'œil gauche, cet organe se trouvant dirigé en bas et en dehors et correspondant précisément à l'éminence malaire. La conjonctive et la paupière supérieure étaient très-injectées ; les membranes et les humeurs de l'œil conservaient leur transparence ou diaphanéité; et cependant il existait une amaurose complète, bien que la pupille exécutât quelques mouvements à l'exposition de l'œil devant la lumière directe du soleil ou d'une bougie : au-dessus de l'angle interne de l'œil, on apercevait une tumeur qui dépassait à peine le niveau du sourcil ; mais, en touchant avec soin, on remarquait que cette tumeur s'étendait dans l'intérieur de l'orbite dont elle remplissait presque entièrement la cavité. Tandis qu'à la partie supérieure elle s'élevait à peine au delà du tiers interne de l'arc orbitaire, à la partie inférieure, le doigt pouvait difficilement atteindre ses limites. Elle se trouvait en relation, vers la partie inférieure, avec le muscle petit oblique; en dedans, elle était contiguë à la paroi interne de l'orbite, comprimant le sac lacrymal entre l'unguis et l'apophyse ascendante, et occasionnant un écoulement continuel de larmes sur la joue : en dehors, elle se trouvait en contact avec la partie interne et postérieure du globe oculaire et avec le muscle droit interne, comprimant de ce côté le

nerf optique dans la plus grande partie de son trajet. Cette tumeur était indolente, même à la pression exercée par la main en différents endroits ; elle était en outre circonscrite, douée d'une certaine mobilité, offrant au toucher une surface lisse sur laquelle glissaient facilement la peau et les autres tissus de la paupière supérieure : on remarquait encore distinctement la fluctuation d'un liquide de peu de densité. La malade se plaignait de douleurs continuelles, parfois aiguës, d'autres fois gravatives, mais avec cette particularité qu'elles devenaient plus vives à certaines heures, particulièrement pendant la nuit ; ce qui la privait presque entièrement de sommeil.

Les autres fonctions n'avaient éprouvé aucune altération appréciable ; seulement le pouls était en général plus fréquent dans la matinée.

Tel est, en résumé, le tableau symptomatologique que présentait notre malade pendant le premier mois qu'elle fut soumise à mon observation.

Pendant les quinze premiers jours, je me trouvai embarrassé pour déterminer la nature de la tumeur ; je cherchai à établir un diagnostic différentiel entre un squirrhe ramolli, un fongus, une tumeur sanguine ou un abcès orbitaire.

Je rejetai la première idée, après avoir considéré qu'à une époque aussi avancée un squirrhe aurait dû présenter des douleurs aiguës dans la tumeur même, accompagnées de graves altérations dans le globe de l'œil, et principalement dans la généralité des fonctions. L'égalité de surface, le manque absolu de toute douleur, la véritable fluctuation, si différente de celle que présente le fongus, devaient écarter toute idée de tumeur de cette espèce. Il n'existait aucun des symptômes caractéristiques des tumeurs sanguines. L'idée d'un abcès orbitaire pouvait, moins encore, être admise. En conséquence, eu égard à tous les symptômes énumérés plus haut, et après avoir recueilli tous les détails commémoratifs qu'il me fut possible d'obtenir, je crus pouvoir conclure : 1° que cette tumeur devait être constituée par un kyste séreux, lequel, ayant pris naissance dans le fond de l'orbite, s'était dirigé vers la partie antérieure, contournant la paroi interne de cette cavité, délogeant l'œil et le plaçant dans l'endroit qu'il occupait ; 2° qu'outre l'exophthalmie, cette tumeur avait occasionné l'amaurose par la distension et la compression qu'elle exerçait sur le nerf optique ; 3° que le seul moyen de remédier au désordre produit était l'extir-

pation du kyste ; mais comme ce moyen exposait la malade à un danger sérieux, à cause du volume de la tumeur, de sa profondeur dans certains endroits et des rapports si immédiats qu'elle avait avec les tissus de l'orbite, et principalement avec le nerf optique, il était nécessaire, au lieu d'employer l'extirpation, de procéder par la méthode de *ponction*. Je pris donc le parti d'ouvrir le sac, de le vider, d'introduire ensuite de la charpie dans sa cavité, et de faire disparaître celle-ci au moyen d'une inflammation adhésive, ainsi que cela se pratique à l'égard de la cavité de la tunique vaginale dans l'opération de l'hydrocèle par incision.

Quelques autres praticiens avaient entretenu d'avance la patiente de la nécessité de subir une opération ; de telle sorte que je ne dus pas faire de grandes instances pour la convaincre : bien au contraire, elle me supplia de ne pas différer plus longtemps.

Le 14 mai, après avoir pris l'avis de mes estimables amis et collègues MM. Don Isidoro Sanchez Pantoja et Don Santiago Lopez Picazo, qui partagèrent de tous points mon opinion, la malade ayant été préparée dès la veille, je procédai à l'opération.

La malade ayant été placée sur un lit, couchée sur le dos, la tête appuyée sur deux coussins, je pratiquai une incision courbe d'un peu plus d'un pouce, s'étendant de deux lignes au-dessus de l'angle interne de l'œil jusqu'à la partie moyenne du bord adhérent de la paupière supérieure, en suivant avec toute l'exactitude possible la direction des fibres du muscle orbiculaire : cette première incision intéressa la peau et le tissu cellulaire. Ensuite je disséquai les parties sous-jacentes, en séparant plutôt qu'en coupant les fibres de l'orbiculaire. Ce temps terminé, je disséquai de haut en bas, dans une étendue d'une demi-ligne, jusqu'à ce que je parvins à la tumeur, qui n'était plus recouverte que par une petite portion du tissu graisseux.

Après avoir lié deux artères palpébrales, je procédai à l'ouverture de la tumeur, en pratiquant à cet effet une ponction que j'élargis ensuite avec le bistouri à bouton : un jet de matière claire séreuse jaillit tout à coup.

L'œil qui, comme nous l'avons dit, se trouvait en dehors de l'orbite, se réinstalla de lui-même et dans le même instant à sa place naturelle ; circonstance qui donna à croire à plus d'un assistant que nous l'avions vidé. Déjà nous nous disposions à introduire la charpie, lorsque, à notre grande surprise, nous vîmes apparaître, par l'ouverture pratiquée au sac, un corps membraniforme qui fut extrait avec facilité et que nous reconnûmes être une hyda-

tide acéphalocyste de la grosseur d'un œuf de pigeon. Après avoir exploré la cavité du kyste et nous être convaincu qu'elle était entièrement vidée, de la charpie y fut introduite jusqu'au fond, en ayant soin de placer son extrémité antérieure dans l'angle interne de la plaie. Le reste de l'opération se réduisit à placer sur la plaie une petite bandelette légèrement enduite de cérat, soutenue par une compresse et quelques bandelettes de sparadrap. La malade se trouva soulagée peu d'instants après : les douleurs qui la tourmentaient si cruellement disparurent presque entièrement. Deux heures plus tard, elle tomba dans un sommeil profond et tranquille : cet état de bien-être dura le reste du jour et pendant la nuit.

Le jour suivant (15 mai), à dix heures du matin, frissons suivis d'une forte réaction ; pouls dur et fréquent ; soif ; douleur à l'épigastre, qui est devenu sensible à la pression ; une douleur violente dans l'œil et dans la moitié de la tête tourmentait surtout la malade. (Saignée du bras ℥viij, fomentations froides avec l'oxycrat sur la tête, fomentations émollientes laudanisées sur l'appareil ; régime des maladies aiguës. Dans l'après-midi : 18 sangsues à la tempe et à la région mastoïdienne gauches).

La nuit suivante fut très-agitée ; la malade fut entièrement privée de repos et délira par intervalles.

Le 16 au matin. Un érysipèle avait envahi presque toute la face ; le délire transitoire et la fièvre persistaient. (Dix sangsues aux mêmes endroits que la veille.)

Vers le soir, un peu de soulagement ; diminution de la douleur, plus de délire; pouls moins fréquent et moins dur; la nuit a été plus tranquille que la précédente; il n'y a eu toutefois qu'une demi-heure de sommeil.

Le 18. Levée de l'appareil. L'œil se trouvait de nouveau hors de son orbite ; ce que nous attribuâmes à la tuméfaction des tissus produite par l'inflammation : la conjonctive était très-injectée ; la cornée présentait une légère opacité dans toute son étendue ; cependant la plaie donnait un pus de bonne qualité. (Renouveler la charpie et appliquer une petite bandelette sur la plaie.)

Une demi-heure après, les symptômes inflammatoires des jours antérieurs s'aggravèrent de nouveau sans que la fièvre augmentât en proportion. (Huit sangsues à la tempe, continuer les mêmes moyens que la veille.)

Vers le soir, on remarqua une grande amélioration : la douleur avait presque entièrement cessé, le pouls était presque dans son état

normal : la malade demandait à manger, et n'accusait plus ni soif, ni douleur à l'épigastre. La nuit fut plus tranquille que la précédente, et l'opérée jouit pendant toute sa durée d'un sommeil réparateur.

Le 18. La fièvre avait cessé entièrement ; à peine un peu de mal de tête se faisait-il sentir ; la rougeur érysipélateuse de la face avait également diminué. On accorda à la malade un peu de bouillon, et on continua les moyens employés.

Le 19 *au matin.* On renouvela l'appareil pour la seconde fois ; le gonflement des tissus de l'orbite était moindre ; l'œil n'était plus aussi proéminent; la conjonctive avait formé une espèce de hernie qui ressortait par l'ouverture des paupières dans l'angle interne de l'œil, affectant la forme et la grandeur d'un pois. (Même traitement.)

Les jours suivants, il ne survint aucune circonstance nouvelle : nous continuâmes l'application à la partie malade des mêmes fomentations ; ce qui produisit un soulagement de plus en plus sensible. On renouvela tous les jours le pansement, qui consistait dans la simple introduction de la charpie, en ayant soin de l'enfoncer chaque fois à une moindre profondeur.

La cavité du kyste alla en diminuant, à mesure que s'organisait l'adhésion de ses parois ; l'espèce de hernie formée par le prolongement de la conjonctive se réduisit sans qu'il fût nécessaire d'employer aucun astringent.

Le 31 *mai.* Après avoir renouvelé la charpie, on souleva la paupière supérieure, et la malade put distinguer parfaitement tous les objets qu'on mit devant son œil gauche.

Il serait difficile de dépeindre la joie qu'éprouva cette jeune fille en voyant son œil reprendre une fonction perdue depuis longtemps et sur le retour de laquelle elle avait cessé de compter. Il ne restait plus qu'à déterminer la cicatrisation complète de la plaie, ce qui fut obtenu en vingt jours.

La malade continue à jouir de la vue de ses deux yeux, ainsi que d'une santé parfaite. A l'endroit de la plaie, on remarque aujourd'hui une cicatrice linéaire qui, lorsque la paupière supérieure se soulève, reste couverte en grande partie par un pli que la peau forme naturellement en cet endroit.

NOTE DU RÉDACTEUR EN CHEF DES ANNALES D'OCULISTIQUE.

Nous avons reproduit avec tous ses détails l'observation de notre

confrère espagnol ; nous la faisons suivre de quelques réflexions qui en feront ressortir toute l'importance.

Ce n'est pas la première fois, comme le croit l'auteur, que des hydatides sont rencontrées dans le tissu cellulaire de l'orbite ; toutefois, le nombre des faits connus jusqu'à ce jour se réduit à trois. Le premier a été rapporté par Welden (*Cases and Observations of Surgery*, London, 1806, d'après M. Chelius, *Traité*, vol. I, p. 241); le second nous a été transmis par Delpech (*Chirurgie clinique*, vol. II, p. 89-104); il a été reproduit par M. Lawrence (*Treatise on the diseases of the Eye*, 1841, p. 763).— D'après M. Mackenzie (*Trad.* de MM. Laugier et Richelot, p. 241), il n'y a aucune bonne raison pour croire que les tumeurs citées par ces deux écrivains étaient des entozoaires. L'entozoaire trouvé par Welden « *avait la membrane plus épaisse que ne sont ordinairement les parois des hydatides de même volume* (Mackenzie, *Traité*, p. 243). » Cette différence suffit-elle pour conclure à la non-réalité d'une acéphalocyste ? Pour ce qui est de l'observation publiée par Delpech, nous ne pouvons admettre, avec notre estimable ami de Glasgow, que l'illustre chirurgien de Montpellier ait pu prendre pour une hydatide acéphalocyste ce qui n'en était pas une.

Le troisième fait connu est le plus explicite ; il appartient à M. Lawrence qui l'a consigné dans les *Medico-chirurgical Transactions*, vol. XVII, p. 48-50 ; et l'a reproduit p. 764 de la deuxième édition de son *Treatise* cité plus haut. Il avait ponctionné, dans un cas d'exophthalmie, la partie proéminente d'une tumeur orbitaire, ferme, paraissant fixée à l'orbite, et offrant une apparence obscure de fluctuation ; il s'en échappa plein une cuillerée à dessert d'un liquide aqueux. Examinant la partie deux jours plus tard, M. Lawrence trouva l'ouverture de la ponction occupée par une substance molle, opaque et blanche, qu'il enleva avec des pinces : c'était une hydatide. La pression de la tumeur en fit sortir plusieurs autres. Le jour suivant, il en sortit encore plusieurs ; en élargissant l'ouverture et en pratiquant une forte injection d'eau dans le sac, M. Lawrence amena au dehors le reste de la collection, qui remplissait une tasse à thé. Ces hydatides variaient de volume, depuis celui d'une cerise jusqu'à celui d'un petit pois ; quelques-unes étaient entières, les autres affaissées.

L'observation de Delpech et celle qui vient d'être publiée à Madrid offrent une assez grande analogie : elles ne diffèrent qu'en ce que, chez le malade français, la tumeur occupait la partie externe au lieu

de la partie interne de l'orbite, et en ce que le chirurgien espagnol a introduit de la charpie par l'ouverture de la plaie, au lieu de l'agaric tenu par du fil dont on s'est servi à Montpellier. Au reste, même degré d'exophthalmie avec abolition de la vision, et des deux côtés guérison avec retour de la faculté de voir. Dans l'un et l'autre cas, l'hydatide était unique et s'est immédiatement présentée à l'ouverture. Même absence de détails chez l'un et chez l'autre écrivain sur les caractères physiques de l'acéphalocyste, probablement parce que cela leur a paru superflu.

M. Lawrence critique la conduite de Delpech après l'opération : l'introduction de l'agaric dans la cavité doit, selon lui, favoriser le développement d'une grave (*serious*) inflammation. Ce qui s'est passé chez la malade espagnole (délire, érysipèle,) ne justifie que trop les remarques du chirurgien anglais : des accidents graves se fussent bien certainement développés chez l'opéré de Montpellier, sans la saignée et les sages précautions instituées par le célèbre chirurgien français, dès l'apparition des premiers symptômes inquiétants. Le but que l'on se propose serait parfaitement rempli, selon M. Lawrence, par des injections avec l'eau. M. Chelius va plus loin : il ne ferait rien. Provoquer une vive inflammation du tissu cellulaire de l'orbite est ici chose inutile ; et après ce que nous avons vu de la manière d'être de cette inflammation, nous nous abstiendrions certainement de mettre en usage aucun moyen susceptible de la faire naître. Tenir la plaie béante durant quelques jours à l'aide d'une petite mèche de charpie ; des injections avec l'eau, et avec une décoction ou une solution faiblement astringente, si la cavité ne se fermait pas bientôt, tels sont les moyens que nous nous bornerions sans doute à mettre en usage. F. C.

JOURNAUX BELGES.

Annales de la Société de médecine de Gand.

Observation remarquable d'une plaie pénétrante de l'orbite; par le docteur Teirlinck.— Ce fait est présenté comme l'analogue de celui observé par M. Philips, et rapporté dans notre premier volume supplémentaire, p. 11, d'après la *London medical Gazette*, janvier 1841. — Un individu reçut un coup de fleuret déboutonné à l'angle interne de l'œil droit. Le seul résultat immédiat fut un lé-

ger affaiblissement de la vue attribué par le blessé au sang et aux larmes qui remplissaient l'œil.— Il se manifesta de plus une épistaxis abondante.—Ne se doutant nullement de la gravité de la lésion, le patient se coucha et dormit jusqu'au lendemain matin. Réveillé par une douleur très-vive à la racine du front et à toute la région sus-orbitaire, il se borna à couvrir l'œil blessé de compresses trempées dans l'eau froide. Ce ne fut qu'alors qu'il s'aperçut que la vision était totalement abolie du côté gauche. Le lendemain, à son entrée à l'hôpital, on constata un boursoufflement avec ecchymose des paupières et de la conjonctive scléroticale, un larmoiement abondant, de la photophobie, avec intégrité de la vue. L'œil gauche, quoique ne présentant aucune lésion appréciable, était frappé de cécité, et l'on n'y remarquait qu'une dilatation avec immobilité totale de la pupille : « On reconnut *avec certitude*, dit l'auteur, que l'instrument vulnérant, ayant pénétré obliquement de bas en haut, de dehors en dedans et d'avant en arrière dans l'angle interne de l'œil droit, et ayant traversé la paroi interne de la cavité orbitaire de ce côté, les fosses nasales et leur cloison, ainsi que la paroi orbitaire gauche, avait atteint le nerf optique de cet œil dans sa portion orbitaire. » Ce diagnostic, fondé sur l'analogie que le fait paraît offrir avec celui de M. Philips, donne, il est vrai, raison de tous les symptômes observés; mais c'est certes aller beaucoup trop loin que de le présenter comme *certain*.

—

De l'ophthalmie scrofuleuse, de sa nature et de son traitement ; par le docteur J. Borlée. — L'auteur de ce travail, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin en chef de l'hôpital civil de Huy, praticien très-honoré, a succombé, il y a huit mois, dans sa 60e année, aux suites d'une opération subie avec un courage et une résignation exemplaires, et nécessitée par un fongus du sinus maxillaire. Le mémoire dont nous avons à nous occuper a vu le jour après la mort de notre regrettable confrère.

Le but principal de Borlée a été de grouper en un faisceau unique non-seulement les vues diverses relatives à l'ophthalmie scrofuleuse, éparses dans les traités d'ophthalmologie, mais encore d'y joindre les données que lui-même a recueillies à la clinique du professeur Ansiaux, à Liége. L'auteur prouve clairement la spécificité de l'ophthalmie scrofuleuse.

Pour ce qui est du traitement, il préconise particulièrement le muriate de baryte. Lorsque l'affection est caractérisée par une vive

aversion de la lumière, par une irritabilité oculaire très-grande, du blépharospasme, un larmoiement abondant, on doit sans hésiter recourir au muriate de baryte. Concurremment, Borlée prescrit parfois une ou deux sangsues dans les narines, et ordinairement des onctions mercurielles belladonées, les dérivatifs à la peau, les lotions palpébrales avec la décoction de jusquiame, un régime doux. Douze observations recueillies avec soin justifient les recommandations de l'auteur. — Lorsque l'ophthalmie existe chez un individu très-lymphatique, à constitution indolente, enfin, lorsqu'au lieu d'être *irritative*, elle est *torpide*, on doit avoir recours aux excitants tant internes qu'externes.

Borlée ne finit pas sans indiquer que c'est au travail de M. Payan qu'il doit d'avoir tenté l'usage du muriate de baryte. Nous renvoyons le lecteur à ce que nous avons dit des recherches du chirurgien français (*Annales d'Oculistique*, 3e volume supplémentaire, p. 138).

Journal de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacologie ; publié par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.

Les numéros de 1845 contiennent les travaux oculistiques suivants : 1) *Cataracte monocle avec strabisme interne de l'œil droit; opérations heureuses ; guérison ;* par M. Rul-Ogez ; 2) *Observation de rhumatisme des muscles de l'œil;* par M. Vallez ; 3) *Observation de brûlure de la cornée;* par le même; 4) *Observation de cilite traumatique, compliquée de staphylôme leucomateux de la cornée, et suivie de guérison;* par le même. (Observation rapportée avec des détails très-étendus, et échappant à l'analyse.) 5) *Observation de diplopie uni et binoculaire ;* par le même.

Cataracte monocle avec strabisme interne de l'œil droit ; opérations heureuses ; *guérison* ; par le docteur Rul-Ogez (d'Anvers). — Un jeune homme de dix-huit ans était affecté, depuis l'âge de six ans, d'un strabisme interne survenu à la suite d'une ophthalmie que l'auteur croit avoir été de nature scrofuleuse. Il s'était développé en même temps une cataracte qui, d'après M. Rul, était capsulaire. Cette cataracte adhérait en quelques points à l'iris. La cataracte fut

opérée, et dès que le rétablissement eut lieu, le muscle droit interne fut divisé ; ce qui eut pour effet le redressement de l'œil.— M. Rul, qui est avec raison partisan de l'opération de la cataracte sur un œil sans attendre que l'autre œil soit affecté, reproduit les raisons qui ont été exposées par divers auteurs, entre autres par ;M. A. Bérard (voir *Ann. d'Ocul.*, vol. X, p. 179) en faveur de la conduite à laquelle il s'est rallié. Il avait ici une excellente occasion de combattre cette objection, que l'opération d'une cataracte monocle détermine le strabisme. Si la déviation axuelle de l'œil doit en être le résultat, à coup sûr le redressement n'eût pas été obtenu par la myotomie.— L'auteur reconnaît l'avantage qu'il y a à pratiquer, comme le conseille M. Cunier, la suture conjonctivale après la section du muscle droit interne. « On prévient ainsi, dit-il, la chute de la caroncule lacrymale dans l'angle interne de l'œil. »

—

Observation d'une brûlure de la cornée, occasionnée par un cigare allumé, et dont les conséquences ont été la perte de l'œil; par le docteur Vallez (de Bruxelles).— Un homme de 32 ans, voulant se moucher, porta le bout de son cigare allumé sur la cornée de l'œil gauche. Trois heures après l'accident, l'auteur trouva : agitation générale, paupières fermées, gonflées et rougeâtres ; les cils du milieu de la paupière supérieure racornis, crispés sur eux-mêmes et dirigés vers le bulbe ; l'écartement palpébral faisait jaillir d'abondantes larmes chaudes ; la cornée, d'un gris cendré dans presque toute sa surface, offrait à son centre une cupule dont le fond était occupé par un corps étranger ; injection conjonctivale, fonctions visuelles suspendues. Quelques débris de cendres furent retrouvés dans le cul-de-sac conjonctival. — Un traitement aussi rationnel qu'énergique a été institué, mais, on le conçoit, sans succès. L'eschare résultant de la brûlure, en se détachant, a produit un staphylôme, par suite de la contraction spasmodique des muscles; puis les lames internes ont cédé et livré issue aux humeurs de l'œil et au cristallin. Le malade a conservé un moignon qui a permis depuis à M. Vallez de placer un œil artificiel.

—

Observation de rhumatisme des muscles de l'œil; par le même.— L'auteur, rentrant chez lui tout en transpiration, ouvrit les fenêtres de manière à établir un triple courant d'air, afin d'enlever une odeur de peinture récente ; puis il ôta redingote et chapeau, et se mit à travailler, jusqu'à ce que des frissons vinrent l'avertir de l'impru-

dence qu'il venait de commettre. — Le lendemain, éternuements, légère céphalalgie frontale, œil gauche humecté de larmes ; quelques petits vaisseaux appartenant à l'ophthalmie catarrhale, dessinés sur la conjonctive oculaire, occasionnent une faible démangeaison ; pupille normale, vision nette. — Pendant la nuit qui suivit le troisième jour, manifestation d'une douleur vive, poignante, paraissant remplir toute la cavité orbitaire, plus prononcée au-dessus qu'au-dessous du globe : cette douleur devint plus intense le matin, sans que l'injection ni la céphalalgie augmentassent ; mouvements de l'œil gauche douloureux, difficiles ; roideur dans son jeu ; souffrances augmentées par la lecture ; pas de phetophobie, vision très-bonne. — « Jusque-là je ne soupçonnais pas encore, dit M. Vallez, que j'étais affecté d'un rhumatisme musculaire. » — Le soir, bain de pieds, frictions fronto-temporales avec l'onguent napolitain. — Persistance de la douleur, au même degré, pendant toute la nuit : elle suivait la direction des muscles et semblait entrer dans le crâne ; sommeil interrompu ; souffrance augmentée par le toucher de l'œil et la pression entre celui-ci et la voûte osseuse. Blépharospasme.

Le quatrième jour au matin, l'auteur, voyant le mal persister et augmenter, « éprouva d'autant plus de crainte qu'il avait eu occasion de voir, en 1843, à Vienne, dans le service de M. Jaeger, un cas de cette nature avoir les plus terribles suites, » « *le développement rapide d'un énorme fongus de la rétine.* » — Frictions nombreuses avec l'onguent mercuriel double uni à un extrait narcotique ; deux pédiluves.— Nuit derechef mauvaise.— Le cinquième jour, les douleurs ne disparaissant que lentement, emploi de la solution d'extrait de belladone sur les paupières et le sourcil. Quelques heures après son application, picotements dans l'œil, vue trouble, persistance de la douleur, mais moins intense ; ce qui est rapporté par M. V. à la dilatation outrée de la pupille. L'application d'un bandeau assez épais sur l'œil malade procura un prompt sonlagement ; mais il se manifesta par contre dans l'épaisseur des rideaux de l'œil des tremblotements spasmodiques simulant parfois un véritable chatouillement, et augmentant par la clarté et la fatigue. — Le sixième jour, ce tremblotement gênait plus que la douleur ; des onctions avec la liqueur d'Hoffmann les calment pour quelques heures.— Le septième jour, persistance des contractions involontaires des paupières gauches ; elles cèdent, ainsi que la douleur, à l'application du laudanum de Rousseau camphré.

Un mois plus tard, l'auteur est pris d'un refroidissement : douleur

lancinante dans la cavité orbitaire gauche, coïncidant avec les mouvements des muscles moteurs de l'œil. Cette douleur disparaissait par la chaleur et le repos de l'organe, et reparaissait avec de petits tressaillements spasmodiques des paupières, à la moindre sensation de froid. par la fatigue ou le toucher de l'œil.— Le mal oculaire cessa avec le rhume. — M. Vallez a pris deux nouveaux rhumes depuis, à la suite de refroidissements; chaque fois le même état de l'œil gauche s'est reproduit, sans qu'il ait jamais eu une injection caractéristique d'une autre affection, et sans avoir antérieurement éprouvé de symptômes de rhumatisme en d'autres parties du corps.

Doit-on, avec M. Vallez, envisager cette affection comme un rhumatisme des muscles de l'œil ; ou bien la considérera-t-on comme une ophthalmie rhumatismale dans laquelle le rhumatisme a eu son siége dans la sclérotique, mais surtout dans l'expansion aponévrotique, le tissu même et la gaîne des muscles moteurs de l'œil ? D'après sa relation, on pourrait admettre qu'il y a eu, dans le principe, combinaison avec une ophthalmie catarrhale. Il y a ici matière à discussion : nous l'abandonnons à ceux qui voudraient s'en occuper, en les avertissant que l'auteur a fait suivre son observation de quelques réflexions dont ils devront auparavant prendre connaissance.

—

Observation de diplopie uni et binoculaire; par LE MÊME.— La diplopie est ou *uni-oculaire* ou *binoculaire* : c'est ordinairement sous l'une ou l'autre de ces deux formes qu'elle apparaît. L'union de ces deux variétés, constatée parfois dans la déviation en sens opposé au muscle dont on a fait la section dans le strabisme, et principalement dans l'exophthalmie avec immobilité et déviation externe consécutive à la division du droit interne, n'a guère été observée dans d'autres cas.

Une fille de 24 ans fut prise d'un rhume : éprouvant un sentiment de froid, elle se place près d'un poêle et se met à lire pendant cinq heures, à la clarté d'une chandelle. — Le lendemain matin, malaise, embarras dans les mouvements de l'œil gauche, vue fatiguée, chaleur oculaire.— Le 25, persistance des mêmes symptômes : l'œil gauche se dévie en dedans ; la malade voit doubles, par intervalles, les corps éloignés d'elle.— L'œil s'est dévié de plus en plus, et la diplopie s'est accrue.— La malade voyait double dans la direction de l'œil dévié lorsque les deux yeux étaient ouverts; la vision était normale lorsque les objets étaient placés du côté non dévié et dans la direction

d'une ligne courbe. — La diplopie existait encore lorsque l'œil gauche était *seul ouvert*, et cela dans toutes les directions, pour les objets éloignés ou rapprochés, petits ou volumineux. Tous les objets vus doubles conservaient leur couleur, leur dimension et leur situation réelles, toujours vus suivant l'axe de lavision, soit que l'œil gauche fonctionnât seul pendant l'action de l'autre, soit qu'ils fonctionnassent ensemble. Ces corps ainsi doublés étaient placés latéralement sur une ligne horizontale, sans que leur écartement fût plus prononcé dans les différentes distances auxquelles ils se trouvaient des yeux. Tous ces phénomènes étaient indépendants de la volonté de la malade. — Photophobie ; impossibilité de porter l'œil gauche en dehors ; les mouvements de rotation libres.

Nous devons appeler l'attention sur la paralysie du droit externe, et signaler que, dans la diplopie uni et binoculaire qui survient après le strabotomie, l'œil ne peut être mû dans la direction du muscle qui a été divisé. R.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Hygiène oculaire, ou *Conseils aux personnes dont les yeux sont faibles et d'une grande sensibilité;* par J. H. Réveillé-Parise. 3e édition. Paris, 1845, in-18 pp. 134. (Bruxelles, chez Tircher.)

Ce petit livre renferme pour les personnes auxquelles il s'adresse des préceptes nombreux, vrais, simples et faciles à suivre. Ils se rapportent à un organe si important,celui de la vue, que nous ne saurions trop recommander leur mise en pratique. M. Réveillé-Parise, comme l'indique le titre de son opuscule, s'est particulièrement attaché aux moyens de prévenir les maux qui peuvent affecter l'œil. Si l'on savait, comme le dit l'auteur, combien il est plus facile de prévenir ces infirmités que de les guérir, on ne balancerait pas un instant à adopter un plan d'hygiène oculaire et à le suivre avec persévérance.

Ce plan est tout tracé dans l'ouvrage de M. Réveillé-Parise : il suffira de le suivre, sinon pour rendre à la vue toute sa vigueur, au moins pour l'empêcher de s'affaiblir davantage.

L'œil demande, dit l'auteur, pour sa conservation, des soins assidus ; et le premier, le plus important de tous, c'est la modération de son usage.

Il est nécessaire de suspendre le travail des yeux pour les livrer

au repos, de les porter sur des objets d'une couleur doûce, de les exposer à l'air du dehors, et de les lotionner avec de l'eau fraîche et pure dès que l'on s'aperçoit qu'ils sont fatigués. Or, cette fatigue existe :

1° Quand on a besoin d'approcher davantage les objets; 2° quand ces mêmes objets se brouillent et qu'un léger nuage semble passer devant les yeux; 3° quand le bord des paupières et même l'œil rougissent, qu'on y sent de la pesanteur, des picotements, quelquefois un léger écoulement de larmes; 4° quand, en suspendant un instant le travail, on éprouve un sentiment de bien-être tout particulier dans les yeux; quand alors l'irritation cesse et le calme survient.

L'auteur examine ensuite l'action des vents, l'influence des aliments sur l'organe de la vue.

Il a reconnu que le bon état de l'estomac exerce un effet étonnant sur les yeux et que l'abus des liqueurs spiritueuses leur est toujours nuisible. Il faut, dit-il, allier le plaisir à la modération et parfois s'abstenir pour mieux jouir encore; ce que l'on a justement appelé l'*épicurisme de la raison.*

L'exercice est nécessaire, aussi bien pour les yeux que pour les autres organes. Le jeu de billard et la chasse sont, d'après M. Réveillé-Parise, des exercices on ne peut plus utiles pour les personnes qui peuvent se les permettre.

Passant de là à d'autres considérations, il recommande de consacrer au repos, et surtout au sommeil, une bonne partie de la nuit, et de ne pas intervertir l'ordre naturel du jour, comme on a la mauvaise habitude de le faire : *Multa nocent oculis, sed vigilare magis.*

Les excrétions libres et faciles, surtout la défécation, sont une des premières conditions de la santé; elles ont, par conséquent, une influence très-grande sur l'action de la vue : il y a cent à parier contre un, dit l'auteur, que les personnes affectées de rougeur et d'irritation habituelles aux yeux sont naturellement constipées.

Les excès vénériens agissent d'une manière on ne peut plus funeste sur l'organe de la vision; aussi voit-on presque tous les individus qui s'y livrent, ou s'y sont livrés, atteints de faiblesse ou de toute autre infirmité des yeux. Ces excès ébranlent tout le système nerveux et jettent dans une espèce de prostration; ce qui a fait appeler cet acte une voluptueuse épilepsie. Outre cet ébranlement, l'acte est accompagné d'une perte séminale qui affaiblit et détériore tout l'organisme; aussi, règle générale, dit l'auteur, l'excès n'est permis nulle part, même dans le bien.

Il importe à tout homme d'étudier soigneusement la force de ses yeux, de leur donner en tout temps, mais surtout quand ils sont délicats et faibles, de fréquents intervalles de repos; de varier les occupations, d'éviter les changements brusques, soit de l'obscurité à la lumière vive, et vice versâ. Il faut faire en sorte que les enfants exercent fréquemment la vue au loin et à loisir, toujours dans un air pur; et il faut aussi leur faire cesser toute espèce de travail, même pendant des années, si les yeux sont faibles et délicats: c'est un prêt dont les intérêts quintuplent avec le temps.

Les verres, quels qu'ils soient, ont toujours l'inconvénient de fatiguer la vue et d'ébranler les système nerveux; mais quand le besoin des lunettes se fait sentir, il est préférable de s'en servir que de s'en passer. Les verres convexes sont moins nuisibles que les autres, par la raison que ces verres, en rendant l'objet plus grand, adoucissent la lumière; tandis que les verres concaves diminuent l'objet, mais l'éclairent davantage. Les lunettes doivent être sans aucun appareil extérieur; car celui-ci a l'inconvénient de trop échauffer l'organe et de le priver pour ainsi dire de l'action de l'air. Quant aux verres, ils doivent, pour qu'ils soient bons, être nets, purs et d'un grand poli. Les foyers seront en rapport avec ceux des yeux.

M. Réveillé-Parise recommande d'une manière toute particulière aux personnes atteintes de maux d'yeux de ne pas trop attendre avant de consulter des hommes experts, et surtout d'éviter d'avoir recours à des oculistes nomades qui, n'ayant pu obtenir dans leur patrie ni considération ni confiance, s'en vont de par le monde, non pas les trouver (pour eux elles n'existent nulle part), mais pour exploiter les malheureux privés de la vue ou atteints de maladies incurables, en leur donnant quelque espoir qu'ils entretiennent aussi longtemps qu'ils peuvent les dépouiller.

L'ouvrage de M. Réveillé-Parise, dont nous ne saurions trop recommander la lecture, même aux personnes étrangères à l'art de guérir, est appelé à rendre d'éminents services à toutes les classes de la société.

Dr Dugniolle.

Bericht von einigen nicht haeufiig vorkommenden und einigen noch nicht beobachteten Variationen der Verzweigung der Augennerven und ihrer Verbindung mit einander; von Doctor Erik Svitser (avec cinq planches lithographiées). Kopenhagen, im Ver-

lage der Schubotischem Buchhandlung (in-4°, pp. 34, 1845).

L'auteur prévient, dans sa préface, qu'il s'est borné à l'examen des nerfs de la cavité orbitaire.

Après l'exposition historique des travaux anatomiques sur l'objet dont il vient traiter, il passe à l'examen des diverses préparations que représentent 20 figures lithographiées. Cette partie, presque exclusivement descriptive, ne peut être bien comprise sans le secours des planches auxquelles nous sommes obligé de renvoyer le lecteur qui voudra examiner de plus près cet intéressant travail.

Nous nous bornerons à donner ici les conclusions que l'auteur a tirées de ses recherches anatomiques.

Il a constaté les variations suivantes :

1° Avec Willis : que *le nerf abducteur* est lié au *nerf ophthalmique de Willis* par une *branche anastomotique* (fig. 1-5).

2° Avec Petit : que *le nerf abducteur* communique avec *les nerfs ciliaires* par une *branche de jonction* (fig. 19).

3° Avec Winslow : que *la longue portion du ganglion lenticulaire* venait de *l'ophthalmique de Willis* (fig. 13-18).

4° Avec Morgagni : que *la longue portion* ainsi que *la courte* (*crus longum*, *crus breve*) provenaient *du nerf moteur de l'œil* (fig. 14).

5° Avec Haller : que *le ganglion ciliaire* a deux *courtes portions* (zwei *crura brevia*) (fig. 2-8-11-13 etc.).

6° Avec Schobinger : que la branche de communication entre *le nerf abducteur* et *le nerf moteur de l'œil* a été rencontrée (fig. 8-10-20).

7° Avec Zinn : que *le nerf nasal* fournissait deux faisceaux au *ganglion ciliaire* (fig. 9-10).

9° Avec Gunz : que *la longue portion* du *ganglion lenticulaire* fournissait une branche qui se répandait dans *le muscle élévateur de la paupière supérieure* et *le muscle droit supérieur*, et s'anastomosait avec *le faisceau supérieur du nerf moteur de l'œil* (fig. 16).

10° Avec Sœmmering : que *le nerf lacrymal*, à l'endroit même de son origine au *nerf ophthalmique de Willis*, se divise en plusieurs branches qui forment *un plexus* par leurs anastomoses (fig. 1, 2 et 3).

11° Avec Bock : que *le ganglion ciliaire* peut avoir deux et même plusieurs *courtes portions* (fig, 2-8-11-13-15 et 18).

12° Avec Schlemm : que *le faisceau supérieur du nerf moteur de*

l'œil et *le nerf nasal* envoyaient chacun une *longue portion au ganglion ciliaire*; que *le nerf lacrymal* fournissait à la tunique scléroticale une *branche ciliaire*, et enfin que *la courte portion du ganglion lenticulaire* donnait au *nerf ciliaire* (4, 10 et 19).

L'auteur dit avoir constaté, par ses propres recherches, les variations suivantes :

1° Il existait une branche de communication entre *le nerf nasal* et *le faisceau supérieur du nerf moteur de l'œil* (fig. 5 et 6).

2° *La longue portion du ganglion lenticulaire* était une branche du nerf frontal (fig. 3).

3° *La longue portion du ganglion lenticulaire* prenait son origine par deux racines qui, surtout *au nerf nasal*, se réunissaient de nouveau et donnaient alors une *branche à marche rétrograde*, qui se perdait dans la graisse qui, ici, entourait *le nerf optique* (fig. 8).

4° La présence de *deux longues portions* dont *l'une*, venant du *nerf nasal*, se partageait en quatre branches qui toutes pénétraient dans *le ganglion*.

La dernière de ces branches s'anastomosait aussi avec l'*autre longue portion* qui prenait son origine du *faisceau inférieur du nerf moteur de l'œil* (fig. 1).

5° L'existence de *deux longues portions du ganglion ophthalmique*. L'antérieure, avant de pénétrer *dans le ganglion*, se divisait de nouveau en deux branches qui toutes deux se réunissaient à une branche ascendante du *ganglion lenticulaire* qui embrassait l'*enveloppe du nerf optique* (fig. 30).

6° L'existence de *deux longues portions du ganglion ciliaire*, fournies l'une par *le nerf ophthalmique de Willis*, et l'autre par *le faisceau inférieur du nerf moteur de l'œil* (fig. 13).

7° Le *nerf moteur de l'œil* envoyait au ganglion ciliaire trois *longues portions* (du faisceau supérieur) et deux *courtes portions* (du faisceau inférieur) (fig. 11).

8° Il existait *quatre longues portions du ganglion lenticulaire*, dont trois venaient du *nerf nasal*, et la quatrième du *faisceau supérieur du nerf moteur de l'œil* (fig. 10).

9° Il y avait absence de *la portion courte du ganglion lenticulaire* (fig. 20).

10° La composition d'*un ganglion ophthalmique secondaire su-*

périeur par le *nerf naso-ciliaire* et les anastomoses que ce nerf et les nerfs ciliaires avaient entre eux (fig. 9).

11° La formation d'*un ganglion ophthalmique secondaire inférieur par les nerfs ciliaires* (fig. 6 et 7).

12° Le *nerf nasal* formait à sa sortie du *nerf ophthalmique de Willis* un ganglion donnant une branche à marche rétrograde, qui était de nouveau liée par une branche anastomotique avec *le nerf abducteur* et *le nerf moteur de l'œil* (fig. 7).

Le travail remarquable dont nous venons de tâcher de donner une analyse succincte nous semble pouvoir être mis à contribution par ceux qui s'occupent particulièrement de la physiologie de l'œil : il pourrait peut-être servir à expliquer quelques phénomènes pathologiques qui ont échappé jusqu'à présent à une bonne interprétation, fondée sur les anomalies du système nerveux de l'œil.

Dr Binard.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Schneider (Rudolf). — *Ueber das Augenfell* (Pannus) *und dessen Behandlung*. Mit einer Tabelle über 24 Operationen. Berlin, 1845, Wolff, 8° de 1 1/4 feuille.

Hille (Aug.). — *Alii Ben Isa Monitorii oculariorum s. Compendii ophthalmiatrici ex cod. arab. mst. Dresdens. latine redditi Specimen, praemissa de medicis Arabibus ocularis dissertatione.* Dresdae et Lipsiae, 1845, Sumptibus Arnoldi, gr. 8°, pp. 64.

Instituto dei Ciechi in Padova. Pubblico saggio degli studii ed esposizione de' lavori per l'anno scolastico 1843, solenne distribuzione dei premii nel dì 3 dicembre, per mano del nobile signor cavaliere Antonio de Groeller, imp. reg. delegato della provincia di Padova, consigliere effettivo di governo, etc., etc. — Padova, della Tipog. del Seminario, 1844, 8° pp. 12.

(Cette brochure sera consultée avec intérêt par tous ceux qui s'occupent de l'éducation des aveugles : c'est l'exposé des travaux de l'Institut des aveugles de Padoue. On y trouve d'utiles renseignements sur les professions qui y sont enseignées et les moyens par lesquels on parvient à donner l'instruction aux malheureux privés du sens de la vue.)

QUESTIONS MISES AU CONCOURS PAR LES ANNALES D'OCULISTIQUE.

Rentrée des Mémoires.

Il ne nous est parvenu qu'un seul mémoire en réponse aux deux questions que nous avons mises au concours (voir *Annales d'Oculistique*, vol. XII, p. 218). Ce mémoire, qui répond à la première question, a pour titre :

De la photophobie, de son siége, de ses causes et du traitement qui lui convient.

L'épigraphe est celle-ci :

Oculorum dolores, meri potus, aut balneum,
aut venae sectio, aut purgatio, solvit.
HIPPOCRAT. Aphor. 31, sectio VI.

Deux des membres de la rédaction des *Annales d'Oculistique* croient avoir découvert que ce mémoire est *écrit de la main de l'auteur*, qui leur est ainsi connu. D'après les usages admis dans tous les concours, il n'y aurait donc pas lieu de soumettre le manuscrit reçu à l'examen d'une commission.

Nous espérons que notre avis lèvera tous les doutes, et que l'auteur, s'il est réellement celui de nos collaborateurs à qui le travail est attribué, ne manquera pas de nous en informer sans retard.

Nous formulerons dans notre prochaine livraison la question de concours pour 1846.

Chronique.

BRUXELLES.— Deux salles du service de M. le docteur A. Uytterhoeven, chirurgien en chef de l'hôpital St-Jean, sont aujourd'hui affectées au traitement des maladies des yeux. Cette section spéciale est confiée à M. le docteur Cunier.

— Bruxelles vient de perdre une de ses notabilités médicales. Le docteur *Eugène Feigneaux*, médecin consultant et l'un des fondateurs de l'Institut ophthalmique de Bruxelles, ancien médecin principal de l'armée, etc., etc., est décédé dans la nuit du 28 au 29 septembre. Feigneaux n'était âgé que de 46 ans. Nous lui consacrerons prochainement une notice biographique.

— S. A. R. le Grand-Duc de Bade a tout récemment fait parvenir à notre estimable collaborateur, M. le docteur *Rieken*, médecin du Roi, les insignes de chevalier de l'ordre du Lion de Zähringen.

LIÉGE. — Le nombre des malades traités au dispensaire ophthalmique de M. Jules Ansiaux, à Liége, pendant l'année 1844, a été de 455 Sur ce nombre, 29 étaient aveugles. 336 ont été radicalement guéris ; 3 étaient incurables. 64, dont 18 en voie d'amélioration, n'ont plus reparu ; 50 restaient en traitement au 31 décembre 1844.— Il a été pratiqué pendant l'année 26 opérations de cataracte (dont 2 congénitales), 1 de pupille artificielle, 12 de strabisme, 3 de fistule lacrymale, 1 de blépharoplastie. 12 cas d'ophthalmie militaire ont été observés.

M. le docteur Vaust a remplacé, en qualité de *médecin consultant*, le docteur Habets, décédé.

ANNALES

D'OCULISTIQUE.

Tome XIV. — 2e série. Tome 2me. — 4me livraison.
OCTOBRE 1845.

TRAVAUX ORIGINAUX.

LETTRES AU DOCTEUR FLORENT CUNIER, SUR LA STRUCTURE DE LA CONJONCTIVE ;

Par feu le docteur Werneck, médecin de régiment au service de l'Autriche, professeur à l'École de médecine de Salzbourg, etc., etc.

Les lettres qu'on va lire nous ont été adressées par Werneck à la fin de 1839. Elles n'ont pas été publiées immédiatement, parce que les figures qui s'y trouvaient jointes ont été égarées, et que nous conservions l'espoir que l'auteur pourrait nous en procurer une copie.

Aujourd'hui que la mort a enlevé notre savant collaborateur, nous nous décidons à faire connaître ses intéressantes recherches sans les dessins coloriés qu'il jugeait nécessaires pour faciliter les expériences contradictoires que l'on voudrait tenter. (*Le Rédacteur.*)

Première lettre.

La connaissance anatomique de la conjonctive ayant acquis tant de précision, grâce aux travaux de P. G. Valentin et de Henle, il est certainement superflu de rappeler que cette continuation de la peau externe se replie sur les paupières, et revêt non-seulement la partie antérieure de la sclérotique, mais encore la cornée. Cette muqueuse à structure propre peut se partager en trois couches superposées, soit par une dissection habile, soit par une macération convenablement faite. Ces trois couches sont l'épithélium, la trame

papillaire et le corion. Lorsqu'on examine un morceau de la conjonctive palpébrale encore adhérent au cartilage, au moyen d'un microscope fournissant un grossissement de cent fois (celui de Ploessel, ou celui de Schick, de Charl, ou de Vincent Chevalier), on aperçoit une surface grise, jaune-rougeâtre, sur laquelle se présentent des mailles serrées, la plupart circulaires, partagées en tablettes ; elles sont distribuées en groupes ou en forme d'îles : chacune d'elles offre un point noir au centre.

Si l'on examine de la même manière un morceau de la conjonctive scléroticale adhérente à la sclérotique, l'on aperçoit également ces mailles circulaires à noyaux ; seulement on ne remarque pas cette disposition en forme d'îles de tout le système des mailles. Il en est de même de la conjonctive de la cornée.

L'épithélium, *Pflasterepithelium* d'après Henle, recouvre toutes les muqueuses, et par conséquent la surface palpébrale, la surface scléroticale, et celle de la cornée ; il se prolonge à travers le canal nasal et le sac lacrymal, jusqu'à l'extrémité borgne supérieure de ce dernier. Ces cellules d'épithélium se forment de la couche papillaire par une vraie croissance. C'est de la cornée que j'ai le mieux réussi à séparer et à isoler l'épithélium. L'aspect vitreux de la cornée chez les morts ne provient pas de la première lamelle de cette membrane, mais de l'épithélium qui commence à se décomposer ; on peut donc changer facilement cet aspect en râclant avec beaucoup de précaution la surface de la cornée, au moyen d'un scalpel très-fin.

Sous un instrument qui grossit cinq cents fois, les mailles apparaissent ici comme des cellules rhomboïdales, carrées ou ovales, placées l'une contre l'autre, et au milieu de chaque cellule se trouve un corps noir qui est comme entouré d'une coque.

Chaque cellule, mesurée au micromètre à vis, peut avoir 10/10,000 W. Z. de diamètre, l'enveloppe du noyau 5 à 6/10,000, et le noyau lui-même 2 à 3/10,000. D'après P. G. Valentin, le diamètre moyen de ces cellules dans l'œil de l'homme est de 0,000505 P. Z., et le diamètre moyen du nucleus de 0,000225 P. Z. à 0,000340 P. Z.

Immédiatement au-dessous de cet épithélium transparent, que le professeur G. Valentin range avec raison parmi les *epithelium compositis celluloso-nucleatis*, on ne trouve pas de glandes muqueuses, ainsi que je l'ai déjà remarqué, en 1821, lors de l'épidémie de Klagenfurth ; mais on voit un tissu grenu particulier étendu sur toutes les surfaces antérieures des paupières et du globe de l'œil, tissu que je regarde comme constitué par des cryptes muqueux, et qu'on

nomme aujourd'hui couche papillaire. Ces papilles ne sont ni de la même grandeur, ni de la même forme, ni également distribuées. C'est sur la conjonctive palpébrale qu'elles paraissent le plus nombreuses ; elles sont le plus serrées aux environs du bord du tarse, et elles avancent ainsi en lignes épaisses jusqu'au bord libre de ce dernier. Au milieu de l'arc cartilagineux, elles paraissent un peu plus grandes que sur les parties latérales ; là où il finit, on dirait qu'elles sont le plus grandes, mais elles n'y sont pas aussi serrées.

La conjonctive de la sclérotique ne semble pas précisément aussi riche en corps papillaire. Les papilles sont très-serrées dans le revêtement de la caroncule lacrymale, dans son voisinage et dans la partie contiguë, le pli semi-lunaire. C'est dans le revêtement de la cornée qu'elles sont le plus serrées.

Les papilles ont en général une forme plus ou moins conique, et leur extrémité est arrondie en arc. Au moyen du microscope, on aperçoit au milieu de l'extrémité obtuse un noyau tantôt ovale, tantôt rond, qui est lui-même à petits grains. Leur base est généralement large, et dans la conjonctive de la sclérotique on trouve plusieurs papilles dont l'extrémité obtuse est surmontée d'une pointe.

La longueur moyenne de chaque papille est de 10 à 12/10,000 W. Z., et sa largeur de 5 à 6/10,000 ; le noyau a 2/10,000 W. Z. D'après P. G. Valentin, la longueur moyenne des papilles parvenues à toute leur croissance sur la conjonctive de l'homme adulte est de 0,001130 P. Z. ; celle du noyau de 0,000405 P. Z. ; la largeur moyenne de la papille de 0,000400 P. Z., et celle du noyau de 0,000380 P. Z. Dans quelques-unes, il m'a semblé voir un canal peu développé, ou une espèce de conduit séreux, allant de la base jusqu'au noyau. Lorsque, par une longue macération dans l'eau, l'épithélium se sépare de la couche papillaire, nous trouvons encore une couche inférieure, composée de fascicules de fibres du tissu cellulaire, qui se croisent et s'entrelacent en divers sens. Le corion est uni aussi étroitement sans plissure, par des fils très-courts, à la surface interne du tarse ; et c'est là, pour cette raison, qu'il a le moins d'épaisseur. Le corion se trouve attaché plus lâchement, par des fils plus longs et des mailles plus grandes, depuis le bord postérieur du tarse jusqu'au globe ; c'est là aussi qu'il a le plus d'épaisseur. Il n'est pas attaché plus fortement ni plus étroitement à la sclérotique ; et plus la conjonctive s'approche de la cornée, plus il devient mince. C'est en vain que l'on cherche le corion sur la cornée : ici on ne trouve que l'épithélium et la couche papillaire placée immédiatement sur la pre-

mière lamelle de la cornée. Nous examinerons plus tard quelle part les systèmes inférieurs prennent dans les diverses formes de maladie.

Dans l'état normal, on ne découvre pas de vaisseaux rouges dans le corps papillaire ; ces vaisseaux, ainsi que les nerfs, ne se trouvent que dans la couche fibreuse : celle de la conjonctive palpébrale en contient le plus. Du corion de la conjonctive de la sclérotique sortent les vaisseaux comme les branches les plus petites. Aussi n'ai-je jamais réussi à faire passer le moindre petit nerf dans la substance papillaire de la conjonctive, et à faire véritablement de ces papilles, désignées un peu à la légère par Ruysch, ce que leur nom doit exprimer. Pour cette raison, je ne crois pas non plus que ces papilles, que l'on distingue clairement sur la conjonctive, contiennent les extrémités les plus déliées des nerfs qui se répandent dans le corion (la conjonctive n'est pas un organe aussi sensible qu'on l'a cru précédemment); mais je les considère comme des organes sécrétoires propres, dans lesquels s'opèrent périodiquement une excrétion et une absorption ; ce qui est suffisamment prouvé par les phénomènes de sécrétion de cette partie, à l'état de santé comme à l'état de maladie. Cependant on ne saurait nier qu'à cause du peu d'étendue de sa surface et de son contact continuel avec l'atmosphère, et conséquemment à cause de l'évaporation plus forte de son humeur muqueuse, la conjonctive de la sclérotique n'est pas en état de se tenir elle-même suffisamment humide et lubrifiée, et que, pour cet effet, elle a constamment besoin du secours de la conjonctive palpébrale..

La conjonctive offre journellement une desquammation de son épithélium, comme cela a lieu pour un épiderme; on l'observe quelquefois sous forme de petits flocons gris sur la conjonctive palpébrale ou dans le pli semi-lunaire. On peut constater ce phénomène presque toutes les heures, chez les personnes fort exposées à la poussière, etc., tels que les maçons, les sculpteurs, les charretiers, etc.

Ainsi, dans le mucus le plus sain on trouve, au microscope, de ces cellules desquammées d'épithélium, seulement comme matière excrémentitielle, et elles sont généralement déformées.

QUELQUES REMARQUES SUR LA MYDRIASE, SUIVIES D'UNE OBSERVATION DE MYDRIASE BORNÉE A L'ŒIL DROIT ;

Par M. Auguste Bérard, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, etc.

On donne le nom de *mydriase* à la dilatation permanente de la pupille. Cette affection se présente sous trois formes différentes :

Tantôt elle est liée à l'amaurose dont elle est un symptôme; tantôt c'est une disposition congénitale ou acquise de l'iris qui coexiste avec l'intégrité parfaite de la vision; tantôt enfin c'est une maladie qui est accompagnée d'une perturbation plus ou moins profonde dans les fonctions visuelles. C'est de cette dernière espèce seulement que nous allons nous occuper.

Dans la mydriase, la pupille est très-large, l'iris est privé de ses mouvements plus ou moins complètement. C'est à tort, selon nous, que M. Melchior a voulu décrire à part, sous le nom de paralysie de l'iris, un état de cet organe dans lequel la pupille élargie est parfaitement immobile, et qu'il distingue sous le nom de mydriase les cas dans lesquels cette ouverture est encore susceptible d'un très-léger mouvement de resserrement et de dilatation. Cela constitue pour nous des degrés différents du mal ; mais l'affection reste évidemment la même : ses causes et ses symptômes sont semblables.

La mydriase est quelquefois congénitale. Dans un cas cité par M. Schön, elle a paru héréditaire : quant aux autres causes, on l'a vue survenir chez ceux qui, ayant longtemps vécu dans un lieu obscur, ont été tout à coup exposés à une vive lumière ; à la suite de blessures qui ont porté sur l'orbite, de douleurs névralgiques, d'efforts de vomissement, etc.

La présence de vers intestinaux, l'action de la belladone, certaines professions, telles que celle d'horloger, des influences débilitantes, ont encore entraîné le développement de la mydriase. Enfin, dans certains cas, l'affection se développe sans cause connue.

On a voulu expliquer le développement de la mydriase par une perturbation survenue dans les fonctions des nerfs qui se rendent à l'iris ; ainsi M. Canstatt en a admis quatre espèces en rapport avec l'altération du nerf moteur oculaire commun, du trijumeau, de l'optique et du grand sympathique. Sans nier l'exactitude de cette observation, nous devons faire remarquer, d'après les recherches de M. Longet, que le grand sympathique et la cinquième paire de nerfs ont sur l'iris une action diamétralement opposée à celle qu'exercent le

nerf optique et la troisième paire; qu'une section des deux premiers est suivie du resserrement de la pupille, tandis que cette ouverture se dilate lorsque les deux dernières sont frappées de paralysie.

Pour nous, nous pensons que la mydriase est la conséquence d'une paralysie des nerfs ciliaires fournis par le moteur oculaire commun. On sait, en effet, que dans le cas de paralysie complète de ce nerf il y a à la fois chute de la paupière supérieure, rotation permanente du globe oculaire en dehors, et mydriase. Ici la lésion de l'iris ne peut pas tenir à une autre cause que celle qui agit sur les muscles élévateur de la paupière supérieure, droit supérieur, inférieur et interne de l'œil. Or, comme dans ce cas la mydriase est en tout semblable à celle que nous décrivons, il est rationnel d'attribuer cette dernière à une cause analogue, mais qui n'agit que sur les nerfs ciliaires. C'est une paralysie partielle de la troisième paire, et non une paralysie complète de ce nerf.

Symptômes. Le premier, et le principal, consiste dans l'énorme dilatation de la pupille. La circonférence de l'ouverture pupillaire se présente sous plusieurs aspects : tantôt elle reste tout à fait ronde; tantôt elle devient elliptique ou ovalaire, tantôt polygonale.

La circonférence de l'iris est parfois inégalement contractée, ce qui transporte le centre de la pupille ailleurs qu'au centre de l'iris. Le rebord pupillaire a paru renversé du côté de la cornée à M. Ruenhard.

Il nous a semblé qu'il offrait une direction opposée sur la malade dont on lira bientôt l'observation. Enfin, le centre de la pupille est noir, ou bien il présente des reflets plus ou moins brillants qui dépendent de la quantité et de l'éclat des rayons lumineux qui pénètrent au fond de l'œil.

A ces phénomènes objectifs se joignent des troubles de la vision d'une grande importance. Une lumière un peu forte produit une impression douloureuse qui ne peut que difficilement être supportée; la vue est confuse, le malade ne peut distinguer les petits objets; il est incapable de lire, coudre, etc. Pour quelques-uns, les corps semblent plus grands que d'ordinaire; à d'autres ils paraissent plus petits. Si la mydriase n'existe que d'un seul côté, l'œil affecté se dévie, il y a production de strabisme et diplopie.

Si l'œil sain est condamné, l'œil malade reprend sa rectitude, mais tantôt atteint de myopie, tantôt au contraire de presbytie, sans

qu'on ait pu jusqu'à ce jour saisir la cause de cette opposition dans les symptômes.

La perturbation dans la vision est d'autant plus grande que la lumière est plus vive ; elle diminue le matin et le soir, ou dans une chambre modérément éclairée. Cette perturbation disparaît entièrement lorsque l'on place au-devant de l'œil un écran troué dans son centre. Ainsi, en pratiquant avec une épingle un trou dans une carte, cette ouverture étroite supplée à celle de la pupille, et le malade peut à l'instant lire les plus petits caractères.

A la longue, l'œil finit par rougir ; il survient de la douleur vers l'angle interne des paupières, puis la vue s'affaiblit peu à peu, et l'amaurose succède à la mydriase.

Ces symptômes sont loin d'avoir toujours la même durée. Dans les cas les plus favorables , mais malheureusement les plus rares, l'affection ne se prolonge pas au delà de quelques jours ou de quelques semaines. Le plus ordinairement sa marche est infiniment plus lente, et la mydriase se prolonge pendant plusieurs mois.

On l'a vue affecter une certaine périodicité.

D'après ce qui précède, on voit que la mydriase est une maladie très-fâcheuse, d'autant plus que le plus souvent elle résiste avec opiniâtreté aux moyens employés pour la guérir.

Diagnostic. Il est plusieurs maladies qu'on peut confondre avec la mydriase, mais qu'avec un peu d'attention on distinguera facilement. Ainsi la dilatation de la pupille est parfois si considérable que l'iris est réduit à un ruban qui se perd à l'union de la cornée et de la sclérotique ; quelques personnes ont pu croire qu'il y avait alors absence congénitale de l'iris.

Les reflets que renvoie le fond de l'œil, et auxquels le cristallin donne une teinte ombrée jaunâtre, peuvent en imposer pour des opacités des milieux de l'œil; mais on remarquera que ces reflets varient d'aspect et de siége selon les mouvements de l'œil ou la position de l'observateur, et qu'ainsi ils ne tiennent point à un commencement de cataracte.

Le traitement est palliatif ou curatif. Le premier consiste dans l'emploi d'un appareil fort simple : il se compose d'un diaphragme en bois, en carton, en cuir, assez large pour cacher le devant de l'œil, et pourvu dans son centre d'un petit trou d'un à deux millimètres de diamètre. Cet appareil est fixé au-devant de l'œil comme le sont les lunettes.

Quant au traitement curatif, il faudrait d'abord s'adresser à la

cause probable de l'affection et s'efforcer de la détruire. Si le mal résiste, ou si la cause est ignorée, voici les moyens empiriques qui ont été mis en usage et qui ont quelquefois réussi :

1° M. Mackenzie préconise les instillations de laudanum entre les paupières et les liniments excitants au pourtour de l'orbite ;

2° Les collyres excitants, ceux dans lesquels entre le sulfate de strychnine ;

3° On peut toucher la cornée chaque jour avec le doigt ou un instrument métallique ;

4° M. Serre (d'Uzès) conseille de cautériser cette membrane avec la pierre infernale : on promène le crayon d'azotate d'argent près de la circonférence de la cornée pendant environ une seconde. Nous avons eu recours à ce moyen, à quatre reprises différentes, sur notre malade : à chaque fois, nous avons obtenu une contraction très-forte de la pupille pendant les premières 24 heures qui ont suivi la cautérisation ; mais ce bienfait n'a été que passager : la dilatation s'est peu à peu reproduite, et une inflammation de plusieurs jours de durée a toujours été la conséquence de ces cautérisations.

5° Les vésicatoires promenés sur la région fronto-pariétale, et saupoudrés avec la strychnine ;

6° L'électro-puncture ;

7 Mauchart dit avoir retiré de bons effets des nervins ;

8° Enfin, comme moyens généraux, MM. Kochanowski, Canstatt, Cunier, etc., préconisent le seigle ergoté ; Weller vante la valériane, l'arnica.

Dans l'observation qui va suivre, on verra que le mal peut résister à ces divers moyens tour à tour employés à plusieurs reprises et avec persévérance.... C'est dire que la science laisse encore beaucoup à désirer sous le rapport de la thérapeutique de la mydriase.

Observation d'un cas de mydriase du côté droit ; recueillie par M. Hannois, élève du service. — La nommée Allou, Adèle, non mariée, artiste, âgée de 32 ans, née et domiciliée à Paris, rue Montpensier, d'un tempérament sanguin, d'une bonne constitution, est entrée dans la salle Saint-Jean, lit n° 19, le 5 octobre 1844, affectée d'un strabisme et d'une maladie de l'œil droit.

Elle a toujours joui d'une santé parfaite, elle n'a jamais été sujette aux attaques de nerfs, elle n'a point reçu de coup sur la région malade, elle n'a jamais éprouvé de maux de tête. — Elle a, dit-elle, fait sur mer des voyages de long cours, et a été exposée dans des pays chauds à un soleil ardent. — Sur la scène, où elle paraissait souvent

comme actrice, elle était exposée à la lumière vive des lustres, et surtout de la rampe ; cela ne l'incommodait pas.

Il y a quinze ans, en 1829, la pupille de l'œil droit devint plus large que celle du côté gauche. La malade ne ressentit aucune douleur ; il ne survint aucun trouble dans la vision, aucun dérangement dans la direction des yeux. Douze ans s'écoulèrent sans changement à cet état de choses.

En 1841, par une journée d'été où le soleil était très-ardent, la malade éprouva tout à coup des étourdissements, sentit dans l'œil droit des pesanteurs, des tiraillements dans l'iris ; la vue était trouble ; la pupille venait de se dilater plus qu'elle ne l'avait été jusqu'alors. A partir de ce moment, la lumière lui devint pénible, la lumière des lustres insupportable, et les yeux, le droit surtout, présentèrent une direction fausse. — La vision se conserva complète du côté gauche. — La malade n'a jamais suivi de traitement avant son entrée à l'hôpital.

Ce qui se fait remarquer d'abord, c'est un strabisme convergent, peu considérable du côté gauche, mais tellement prononcé du droit, que si un objet est placé en avant, à la distance de quelques mètres, la moitié de la cornée disparaît dans le grand angle de l'œil.

Quoiqu'il louche considérablement, cet œil est libre dans tous ses mouvements, et d'une volubilité peu commune. Le gauche est moins libre ; les mouvements de dedans en dehors sont très-limités.

Si l'on dit à la malade de regarder à gauche le plus que cela lui est possible, et si en même temps, à quelque distance de ce côté, on fait avancer un objet d'avant en arrière, il arrive un moment où cet objet est aperçu, il est voilé ; c'est l'œil droit qui le voit : il n'est point arrivé dans l'axe de l'œil gauche arrêté dans son mouvement de dedans en dehors ; puis l'image paraît, mais trouble, puis distincte : l'objet est alors parvenu dans l'axe de l'œil gauche.

Une maladie plus grave que le strabisme, nous l'avons déjà vu, affecte en même temps l'œil droit.

Voici ce qu'on y observe :

1° La pupille est extrêmement dilatée ; elle est immobile, et reste telle à quelque degré de lumière qu'on expose l'œil : l'iris est un peu porté en arrière dans la circonférence libre.

2° La pupille n'est nullement déformée, elle est parfaitement noire.

3° En examinant l'œil avec attention, et sous différents points de vue, on y aperçoit quelquefois de légers reflets grisâtres et profonds

qui disparaissent, ou changent de position selon les divers mouvements que l'on fait éprouver à l'organe.

4° Les objets sont voilés.— Le grand jour incommode la malade ; la vision est moins trouble à une lumière médiocre que plus vive.— Les objets voilés paraissent plus petits. Les objets gros sont vus plus distinctement.

5° Si , après avoir couvert l'œil gauche , on dit à la malade de regarder par un petit trou pratiqué à travers un écran, elle supporte non-seulement les lumières, mais distingue parfaitement les objets les plus petits, et peut lire les caractères les plus fins. Les objets sont grossis. Leur grandeur est en raison inverse du diamètre de l'ouverture de l'écran.

Pendant les deux premières années de la maladie, la pupille n'était pas assez dilatée pour que l'harmonie fût détruite entre les facultés visuelles de chaque œil ; mais quand elle eut acquis un développement plus considérable, et que l'œil gauche fut moins apte à remplir ses fonctions, l'équilibre fut rompu , et le plus faible subit la loi du plus fort. Le strabisme fut une conséquence de la maladie première.

Puisque la cause de cette dilatation ne se trouve ni dans les humeurs de l'œil (elles sont, avons-nous dit, parfaitement transparentes), ni dans la rétine, elle ne peut résider que dans l'iris lui-même ou dans les nerfs destinés à le mouvoir. L'iris présente absolument la même couleur que celui du côté opposé, on n'y observe d'anomalie que celle de la circonférence libre qui se porte en arrière, mais assez médiocrement : on voit souvent des iris dans le même cas, qui n'en jouissent pas moins de tous leurs mouvements. Il paraît donc plus rationnel d'admettre que la cause en est dans les nerfs ciliaires.

Mais maintenant comment expliquer cette paresse des nerfs ciliaires? Peut-être le pourrait-on, jusqu'à un certain point, par leur action trop énergique, trop souvent et tròp longtemps maintenue pour contracter la pupille et soustraire la rétine au contact des rayons trop lumineux auxquels la malade était exposée sur la scène. — Il faudra toujours admettre qu'il y avait prédisposition du côté droit, puisque la maladie a épargné l'œil gauche.

M. le professeur Bérard fait porter à la malade deux diaphragmes en coquilles de noix : l'un sur l'œil gauche, sans ouverture ; l'autre sur l'œil droit, percé d'un petit trou, à travers lequel les objets sont vus distinctement.

Un large vésicatoire établi sur le front est pansé tous les jours avec de la pommade épispastique additionnée de 0,01 gramme de strychnine.

La malade prend de la tisane de houblon tenant en dissolution un gramme d'iodure de potassium, chaque jour.

A ce traitement demeuré inefficace ont succédé : 1° l'usage du seigle ergoté; 2° les instillations de laudanum dans l'œil; 3° les collyres excitants; 4° les frictions avec les pommades de vératrine; 5° la cautérisation de la cornée avec la pierre infernale.

Depuis cinq mois que ce traitement est suivi avec persévérance, il n'y a eu qu'une très-légère amélioration qui peut être attribuée à l'usage du seigle ergoté et à l'attouchement de la cornée avec la pierre infernale. M. Bérard se propose d'insister sur ces deux moyens et d'y ajouter les préparations de sulfate de strychnine par inoculation. J'aurai soin de faire connaître plus tard le résultat de cette médication.

ÉTUDES CLINIQUES SUR L'OPÉRATION DE LA CATARACTE ;

Par le docteur SICHEL.

(*Troisième article.*)

(Suite. Voir nos numéros des mois d'août et de septembre.)

Indications rationnelles des différentes méthodes opératoires.

Deux ordres d'indications peuvent guider le chirurgien dans l'emploi des diverses méthodes imaginées pour opérer la cataracte :

1° Celles qui, puisées dans la nature de la cataracte, sont fournies par son siége dans l'une ou l'autre des parties constitutives de l'appareil cristallinien, par sa consistance, etc.

2° Celles qui, puisées dans des circonstances accessoires et plus ou moins accidentelles, présentent à considérer la conformation, les dimensions du globe oculaire et de ses dépendances, les maladies ou les infirmités qui viennent temporairement, telles que la toux, ou d'une manière définitive, telles qu'une hernie, compliquer l'affection oculaire.

Le raisonnement et l'expérience, selon nous, sont d'accord pour assigner le premier rang aux indications qui sont tirées de l'état de l'appareil cristallinien lui-même. Notre conviction est que l'on a l'habitude d'accorder aux secondes beaucoup trop d'importance.

Enfin, pour nous résumer en quelques mots, les circonstances

inhérentes à la cataracte elle-même, aux diverses modifications sous lesquelles elle peut se présenter, doivent servir à former les médications capitales ou essentielles, à déterminer ce qu'on est convenu d'appeler les méthodes opératoires : les circonstances accessoires ou secondaires ne doivent influer que sur les procédés opératoires (qui sont de simples subdivisions de méthodes), et ne fournir que des contre-indications exceptionnelles.

Occupons-nous d'abord des indications principales ou essentielles puisées dans l'essence même de la cataracte.

1° *Indications puisées dans la nature des cataractes mêmes.*

Dans l'article précédent, on a pu voir que les cataractes opérées dont nous avons parlé jusqu'ici étaient toutes lenticulaires, à cela près d'une exception sur laquelle nous nous proposons de revenir. Les cataractes lenticulaires ou cristallines, c'est-à-dire qui ont leur siége dans le cristallin enveloppé de sa capsule saine et transparente, présentent des variétés de consistance que nous avons définies en les nommant les unes dures ou demi-dures, les autres molles ou demi-molles.

Ce serait une grande erreur de croire que l'appréciation préalable de la nature des cataractes soit de peu d'importance pour le choix et le succès de l'opération. Il est, au contraire, absolument indispensable de s'en rendre compte, si l'on veut agir rationnellement. Qu'on ne s'effraie pas, du reste, de la difficulté d'un pareil diagnostic ; elle n'est pas, à beaucoup près, aussi grande qu'on a bien voulu le dire, et qu'on le dit encore journellement, même dans les cliniques chirurgicales dont le mérite, sous d'autres rapports, est incontestable. Ce n'est point ici le lieu d'entrer dans tous les détails de cette question, pour lesquels nous pouvons renvoyer à notre *Traité de l'Ophthalmie et de la Cataracte*, pp. 475 à 511. Pour notre but, il suffira d'indiquer les signes pathognomoniques ou essentiels suivants :

Les *cataractes lenticulaires dures* sont d'une couleur plus ou moins sombre, depuis le vert foncé et le brun jusqu'au gris d'acier. Leur texture étant plus dense, elles sont éloignées de l'iris et du plan de la pupille : d'où il résulte que l'on aperçoit distinctement une ombre portée noire, et plus ou moins large, qui se projette sur la circonférence de leur face antérieure; la chambre postérieure conservant ses dimensions habituelles, la pupille se rétrécit et se dilate aisément. Enfin, comme le cristallin ici est plus mince et un peu plus

diaphane à sa circonférence, la vision gagne beaucoup à la demi-obscurité, ce qui s'explique très-bien par la plus grande dilatation de la pupille, qui permet aux rayons lumineux de pénétrer dans le bord de la lentille opaque, et même, dans de certaines limites, entre ce bord et l'iris.

Les *cataractes lenticulaires molles*, au contraire, ont une couleur claire, depuis le blanc jusqu'au gris le plus pâle; les caractères qu'elles présentent viennent presque tous de ce que leur substance, plus perméable, se laisse pénétrer et gonfler par les liquides des deux chambres. En effet, elles se rapprochent de l'iris, qu'elles peuvent toucher et pousser en avant, de manière à rétrécir l'espace qui se trouve entre ce diaphragme et la cornée. Nécessairement l'ombre portée est nulle, ou au moins excessivement étroite. Par la même raison, le jeu de l'iris est prononcé ; et comme ces cataractes sont plus volumineuses, plus sphériques, moins comprimées par leur bord, la vision n'offre pas d'ordinaire de grandes différences au grand jour et au clair obscur. Quand elles sont très-molles, presque liquides, elles ont un aspect tout particulier : d'abord leur teinte est blanchâtre, très-pâle, lactescente ou légèrement bleuâtre , presque aqueuse, comme celle d'un fluide dont les couches superficielles seraient peu saturées de la couleur propre à l'opacité morbide. En outre, elles présentent alors le phénomène de la déhiscence , dont nous avons donné la monographie dans les *Annales d'Oculistique*, vol. VIII, p. 242.

Il existe entre ces états extrêmes des gradations intermédiaires qu'on peut désigner ainsi : cataractes demi-dures ou demi-molles : demi-dures, quand elles approchent plus de la dureté que de la mollesse; demi-molles dans le cas contraire. Les premières offrent une teinte modérément foncée, une ombre portée de moyenne grandeur, etc. ; les secondes, une teinte assez claire et une substance corticale plus ou moins épaisse, dont la mollesse peut aller jusqu'à la diffluence, et qui contiennent au centre un noyau plus consistant que l'on peut quelquefois distinguer à travers les couches superficielles, à sa couleur plus foncée, grisâtre, jaunâtre ou verdâtre.

Ces dernières subdivisions ne sont pas, à beaucoup près, aussi importantes que les autres. On apprend successivement à les distinguer par l'observation et une étude attentive. Nous ne nous y arrêterons que lorsque nous en rencontrerons des cas faciles à décrire et d'une importance particulière.

Nous allons donc fixer plus particulièrement notre attention sur

les consistances principales des cataractes lenticulaires. Avec un peu d'habitude, leur diagnostic acquiert un tel degré d'évidence, que tous les jours, dans nos leçons cliniques, nous prédisons à l'avance le résultat plus ou moins prompt, plus ou moins complet de nos opérations à l'aiguille ; et, ce qui devient plus manifeste encore, avant les extractions nous annonçons quelle sera la consistance du cristallin. Pour peu que l'on réfléchisse combien le choix du procédé opératoire dépend de la constitution du corps lenticulaire, on ne pourra se refuser à dire qu'il est absolument nécessaire de la connaître, afin de ne pas flotter au hasard entre telle ou telle méthode opératoire. Quant à nous, c'est toujours sur ces caractères essentiels que nous réglons notre manière d'agir. Prenons l'abaissement pour exemple :

Il est évident que si la cataracte n'offre point de résistance à l'aiguille, elle ne saurait être déprimée par l'action de l'instrument. Si sa consistance, sa dureté, ne sont pas suffisantes, la pointe métallique aura beau agir sur un corps mou : elle pourra l'entamer, le lacérer, la traverser ; mais elle ne le changera point de place, et l'on aura fait des tentatives inutiles. Où est le mal, nous dira-t-on, d'abandonner au hasard le résultat de l'opération : on ne court qu'une chance, celle de voir le cristallin se résorber ? Cette objection serait sans réplique si l'on avait toujours affaire à des individus jeunes et d'une constitution robuste, ce qui serait fort commode pour ceux des chirurgiens qui, faute de s'être exercés à ce genre de diagnostic, affirment imperturbablement qu'on reconnaît seulement pendant l'opération la consistance d'une cataracte. Mais cet aveugle empirisme peut entraîner les suites les plus funestes chez les personnes avancées en âge, même chez les jeunes sujets d'une constitution débile ou seulement délicate. C'est surtout lorsque la cataracte est demi-molle, volumineuse, et munie d'un noyau plus ou moins dur, que l'on voit surgir le plus d'accidents. Le noyau, dérobé aux yeux de l'opérateur par les couches corticales ambiantes, ne se laisse point attaquer d'après les règles : il se déploie irrégulièrement. Tantôt il comprime et irrite les membranes internes ; tantôt les débris de la substance corticale et les lambeaux capsulaires se réunissent soit isolément, soit autour du noyau ; ils viennent obstruer la pupille et la chambre postérieure. Ce ne sont point encore là les suites les plus dangereuses. Ce cristallin, morcelé et à demi déplacé, qui joue le rôle d'un corps étranger, et qui, accessible à l'humeur aqueuse, s'en imbibe et se gonfle considérablement, ce cristallin broyé exerce une

pression fâcheuse sur les parties contiguës, telles que l'iris et le corps vitré. Par l'intermédiaire de la masse hyaloïdienne, cette pression se propage jusqu'à la rétine et la choroïde, et son action est d'autant plus à craindre que les membranes souffrent toujours un peu par le tiraillement qu'elles éprouvent pendant l'opération, surtout lorsque la tige de l'aiguille, au lieu d'être cylindrique, est en forme de cône. De son côté, le noyau irrégulièrement abaissé pèse encore sur la rétine et la choroïde. Qu'il s'agisse soit d'un vieillard, soit d'un individu faible et cachectique, la résorption se fait avec une lenteur extrême. Toutes ces causes expliquent facilement pourquoi, dans de pareilles conditions, le broiement, surtout avec abaissement d'un noyau plus ou moins dur, est généralement suivi d'inflammation violente. Ces phlegmasies, d'une durée considérable, sont d'autant plus opiniâtres que l'âge ou la constitution empêchent de pouvoir recourir à un traitement antiphlogistique énergique et persévérant, il ne serait pas supporté. Par suite, la guérison est toujours tardive, souvent incomplète; il se forme fréquemment des cataractes secondaires. Dans un grand nombre de cas, il survient une iritis : alors la pupille peut s'oblitérer, ou bien il peut se développer une fausse membrane adhérente qui en détermine l'occlusion. Il peut encore, à la suite de la choroïdite et de la rétinite (ophthalmie interne), se déclarer une amaurose, ou, pour parler un langage plus rigoureux, une cécité symptomatique de la désorganisation des membranes internes.

En pareilles circonstances, l'extraction, quoiqu'en apparence plus dangereuse, et pouvant en effet amener plus rapidement la destruction de l'œil, présente beaucoup plus de chances de succès. Il faut donc ici lui accorder la préférence. D'abord la coque oculaire est moins tiraillée; ensuite de deux choses l'une : ou bien le cristallin sort en entier, ou bien il reste quelques débris de la substance corticale. Dans tous les cas, la tension et la pression de l'organe visuel sont beaucoup moindres qu'après le broiement, quels que soient l'âge et la constitution, pourvu que la cristalloïde soit complètement lacérée; les forces de la résorption sont suffisantes pour faire disparaître tout ce qui reste de matière opaque. Ces avantages compensent, et au delà, les dangers de l'extraction.

Il n'est pas besoin de nous étendre davantage pour démontrer ces deux propositions :

1° Rien n'est plus facile que de diagnostiquer la consistance des cataractes :

2° Dans l'état actuel de la science, il n'est plus permis de s'en remettre au hasard pour le choix de l'opération à pratiquer et de s'exposer aveuglément à toutes les mauvaises chances. Rien n'est plus facile que de reconnaître d'avance la consistance des cataractes lenticulaires, et, par le diagnostic différentiel, de baser une thérapeutique différentielle.

Ce principe s'étend aux contre-indications spéciales et au choix des procédés particuliers à chaque méthode (kératonyxis, scléronyxis, pour l'abaissement; kératotomie supérieure, inférieure, pour l'extraction, etc.). Nous en parlerons plus tard, à mesure que nous aurons occasion de fournir les preuves de ce que nous avançons; ce qui viendra tout naturellement, en énumérant une partie des faits nombreux sur lesquels nous avons basé notre conviction. Pour le moment, nous résumerons seulement les indications que nous avons établies sur les différentes méthodes opératoires de la cataracte.

Cataractes dures. Caractère pathognomonique: teinte foncée. Indication : abaissement, quels que soient l'individu et la constitution. Faisons toutefois, d'après ce qui a été dit pour les cataractes demi-molles, quelques restrictions pour les cataractes demi-dures. Il n'est pas toujours très-facile de bien distinguer celles-ci de celles-là. Il peut se faire plus d'une fois que les couches corticales soient plus molles et plus nombreuses qu'on ne l'eût pensé au premier abord. Pour ce qui est des cataractes dures, nos indications sont en opposition directe avec les préceptes établis par des hommes éminents, tels que MM. Jaeger et Lawrence, par exemple, qui, dans un entretien que nous eûmes avec eux, il y a environ huit ans, nous ont déclaré qu'ils n'opéraient jamais une cataracte dure autrement que par extraction. Ils redoutent de voir un cristallin trop consistant agir à la manière d'un corps étranger. Cet accident est beaucoup moins à craindre pour de simples cataractes dures que pour les cataractes demi-molles. Les premières, déplacées en masse et selon les règles, n'exigent pas des mouvements d'aiguille aussi étendus et aussi prolongés que les secondes, et elles ne sont pas comme elles sujettes à se gonfler. Enfin, la résorption de toute cataracte broyée est, en général, par suite de la tuméfaction des débris, accompagnée de réaction inflammatoire. Pour ces raisons et celles que nous avons données en parlant des cataractes demi-molles, ce sont plutôt celles-ci que les cataractes dures, dont l'abaissement simple ou compliqué de broiement présente des dangers.

Cataractes très-molles, presque liquides, ou *liquides* (*laiteuses* des auteurs). Caractère pathognomonique : teinte claire. Indication : broiement chez tous les individus, quels que soient leur âge et leur constitution. La pupille et une partie de la chambre antérieure se remplissent pendant l'opération d'un liquide trouble qui, entre la cornée et l'iris, prend une forme semi-lunaire analogue à celle de l'hypopion, auquel il ressemble quelquefois. Il n'en résulte aucun débris, ou le peu qu'il en reste est incapable de provoquer une phlegmasie dangereuse.

Cataractes molles (*caséeuses* des auteurs). Même caractère pathognomonique, à l'intensité près. *Demi-molles* , *volumineuses*. Caractère pathognomonique : même teinte , mais tantôt un peu plus foncée , formée par un noyau plus consistant. Indications : sur les personnes jeunes et fortes, broiement dans le premier cas, et broiement avec abaissement du noyau dans le second ; ce précepte peut s'appliquer aux cataractes congénitales : sur les personnes faibles et âgées, extraction.

QUELQUES MOTS SUR LA MYOTOMIE OCULAIRE ;

Par le docteur A. Guépin, de Nantes.

Depuis la découverte de Stromeyer et son application dans la pratique par MM. Cunier et Dieffenbach, la myotomie oculaire a été diversement appréciée. En France, où généralement l'on a beaucoup trop négligé les soins consécutifs, bien des opérations n'ont donné aucun résultat ; d'autres ont aggravé le strabisme ; d'autres ont eu le grave inconvénient de transformer des strabismes convergents en strabismes divergents ; d'autres même ont entraîné la perte de l'œil.

Un homme se présente un jour à ma clinique avec un œil atrophié dont la cornée avait son diamètre naturel ; je devine qu'il a été blessé en arrière, et je lui demande s'il a été louche : il me répond affirmativement. Comprenant que la sclérotique a été ouverte en arrière, je lui présente un petit couteau-serpette dont je n'ai jamais fait usage que sur le cadavre, parce que sur le cadavre il avait produit cet accident, et mon homme me répond qu'il a été opéré avec un instrument presque pareil. Je lui demande le nom de son opérateur ; mais il me réplique que c'est un brave homme, un grand chirurgien, *et qu'il a été bien récompensé de son œil.*

Ainsi donc il y a de grands chirurgiens dans la capitale qui se servent, pour pratiquer la myotomie, de méthodes extrêmement défectueuses, et qui, pour cacher leurs insuccès, donnent de l'argent à leurs opérés ! !

Comment ne pas comprendre, après de pareilles fautes, le dégoût du public pour toute opération de myotomie oculaire, et les difficultés que l'on rencontre dans la pratique lorsqu'il faut y recourir : ajoutons que plusieurs des hauts barons de la science proscrivent en quelque sorte, sans examen, la section des muscles de l'œil. Il est cependant des cas nombreux où elle a des avantages autrement importants que celui de la guérison d'une difformité désagréable.

Il y a sept ans, le capitaine Bernon vit sa vue diminuer ; ses pupilles se dilatèrent, et il fut atteint de diplopie amaurotique. Dans l'espace de quatre années, à partir de 1840, il a été traité successivement à Nantes, Bordeaux, Toulouse, Montpellier et Paris, par quelques hommes les plus éminents de ces diverses villes. Désespérant de son avenir, il a demandé à être mis en disponibilité. Des relations de famille l'ayant ramené à Nantes, ses parents lui conseillèrent de prendre mon avis : lassé de la médecine et des médecins, il s'y est refusé d'abord, puis il a fini par venir.

Voici son état à la première visite :

Les pupilles sont immobiles et dilatées ; l'œil droit voit fort peu : constamment le malade aperçoit deux objets quand il essaie de regarder avec les deux yeux ; puis aussitôt l'un des deux yeux se prend à loucher en dehors d'une manière horrible. Il ne peut porter l'œil gauche en dedans que fort peu et très-difficilement, même en fermant l'œil droit ; celui-ci ne peut non plus être porté en dedans, même lorsque son congénère est fermé.

Ce cas était précisément l'inverse des diplopies amaurotiques avec impossibilité de porter l'œil en dehors, dont j'ai parlé dans les *Annales d'Oculistique* (volume XI, page 217) ; il était donc naturel de croire à la possibilité de le guérir par la section du droit externe, puisque la section du droit interne nous a réussi jusqu'à ce jour, dans ce genre d'affections, dix fois sur les onze opérations que nous avons pratiquées. Je tins alors ce langage au capitaine Bernon : les Serre, les Lallemand et les autres qui vous ont soigné, ont fait pour votre amaurose tout ce que je pourrais faire. Un seul moyen reste. Si vous étiez plus jeune (il a 44 ans), je croirais à la certitude du succès, et je ne puis vous proposer la section du muscle que comme une tentative nouvelle faite dans

une bonne direction, avec chance d'amélioration, et même de succès.

Après quelques jours de réflexion, l'opération proposée a été acceptée et pratiquée : j'ai coupé le droit externe de l'œil droit ; mais l'œil, qui s'est redressé immédiatement, n'a pu se porter en dedans ; aujourd'hui, un mois après l'opération, voici l'état des choses :

Le capitaine ne louche plus : il ouvre les deux yeux, regarde droit, et ne voit qu'un objet ; mais aussitôt que les yeux se fatiguent, il en voit deux, surtout s'il regarde à gauche. L'œil droit ne peut se porter en dedans ; mais l'œil gauche exécute fort bien ce mouvement. Les pupilles sont peu ou pas mobiles, mais bien moins dilatées, surtout la droite. Chaque jour le champ de la vision sans diplopie augmente, même pour les objets placés du côté de l'œil gauche ; l'amélioration est très-grande, et le capitaine est enchanté de s'être fait opérer.

Évidemment, à mon sens, l'opération eût donné un résultat plus complet et plus prompt si elle avait été pratiquée sur un sujet plus jeune et à une époque moins avancée de la maladie. En voici une preuve :

Une charmante Irlandaise, mademoiselle Marguerite H......, atteinte d'un strabisme convergent très-prononcé du côté gauche, avec diplopie momentanée, amaurose très-avancée de l'œil gauche, presbytie amaurotique à se servir du n° 15 pour le droit, difficulté grande de porter l'œil gauche en dehors, même l'œil droit étant fermé, a été opérée par moi huit jours avant le capitaine Bernon. Une diplopie d'un autre genre, suite de l'opération qui a déplacé les axes optiques usuels, a bien persisté près d'un mois, et peut-être existe-t-elle encore un peu ; mais dès le 3e jour, Mlle H...... lisait sans lunettes et pouvait déchiffrer, à l'aide du n° 40, les caractères les plus fins. Sa maladie datait de 2 à 3 ans, et cette demoiselle n'a que 19 ans. Dans ce cas, on le voit, l'opération a été très-utile aux deux yeux.

Nous avons aussi employé récemment la désarticulation de l'œil par la section successive de tous les muscles et du nerf optique au moyen des ciseaux, de préférence à l'ancien procédé, dans l'espérance d'avoir une hémorrhagie moins abondante. Le malade était un paysan de Bouguenais (2 lieues de Nantes), que nous avait adressé M. Vanisghen, récemment opéré par nous, à l'autre œil, de la cataracte. Le mode opératoire de Bonnet n'a point trompé nos espérances, et la guérison a été très-prompte. Ce pauvre diable était atteint

d'une dégénérescence mélanoïde qui avait commencé par les parties antérieures de l'œil. Il y avait près de 15 jours et 15 nuits qu'il n'avait reposé, quand nous l'avons opéré. Le globe seul était atteint et d'un volume très-considérable ; l'humeur vitrée était très-consistante. Nous croyons à une guérison radicale sur laquelle il ne faudrait pas compter si la maladie avait marché de dedans en dehors.

Ainsi, pour nous, la section des muscles de l'œil est un puissant moyen chirurgical, non-seulement dans le strabisme, dans quelques amauroses spéciales et dans la myopie amaurotique, mais encore dans les diplopies amaurotiques avec absence de mobilité complète, et dans l'ablation du globe cancéreux.

Certes, il n'y a rien de neuf dans tout ce qui précède ; mais la vérité, pour s'établir et se faire accepter, n'a-t-elle pas besoin de preuves plus que surabondantes ?

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

Allgemeine homœopatische Zeitung.

Histoire d'un fongus de l'œil, guéri par le traitement homœopathique ; par le docteur Hartung, médecin d'état-major, etc., à Milan (*).— Le feld-maréchal comte de Radetzky est âgé de 70 ans, et a 50 ans de service; mais malgré son âge avancé et les nombreuses fatigues qu'il a éprouvées en temps de paix comme en temps de guerre, c'est encore un homme extrêmement actif, toujours en mouvement depuis le point du jour jusqu'au soir, et jouissant de toutes es facultés intellectuelles.

Cependant, avec une constitution excellente et un tempérament très-irritable, il n'est pas exempt de souffrances physiques. Depuis plusieurs années il est sujet à une toux causée par une irritation de a trachée-artère sans affection morbide des poumons, à laquelle il

(*) Nous reproduisons en entier, d'après la *Revue* de MM. Pétroz et Roth, ette observation, que nous faisons suivre d'une analyse de la polémique à laquelle elle a donné lieu.

(Note de la Rédaction des Annales d'Oculistique.)

fait peu d'attention. Dans ces dernières années, jusqu'en 1836, il était attaqué, chaque printemps, d'une fièvre catarrhale inflammatoire que quelques jours de repos et quelques soins médicaux suffisaient pour faire disparaître.

En 1836, il eut le malheur de tomber sur le bord de son lit et de s'enfoncer la sixième et la septième côte. Il fut atteint, à la suite de cet accident, d'une pleuro-pneumonie très-dangereuse qu'on guérit néanmoins en sept jours. Ce qu'il y eut de remarquable, c'est que, le septième jour, il expectora dix à douze onces d'un pus infect; et depuis cette époque, quoique la toux habituelle existe, la fièvre catarrhale inflammatoire n'a pas reparu.

Il se porta bien dans les années 1837 et 1838, sauf quelques indispositions; seulement, comme les années précédentes, il éprouva quelquefois des maux de tête, dans le front, avec éructations aigres venant de l'estomac et diarrhée, symptômes que les moyens convenables enlevèrent bientôt, sans que la maladie se fût développée.

En 1839, dans les mois de juillet et d'août, il souffrit de congestions vers la tête, avec violents vertiges jusqu'à tomber par terre. Mais ces accidents disparurent aussi lorsqu'il quitta Milan pour se rendre au camp de Pordenone.

Cependant il éprouva bientôt après une pression dans l'œil droit, avec inflammation des paupières, larmoiement, quelquefois l'œil sortant de la tête, et pression dans le front. Les moyens convenables le soulagèrent toujours; mais la paupière inférieure resta enflammée.

Ce fut au milieu d'indispositions semblables, tantôt plus, tantôt moins fortes, que se passa le printemps de 1840. Au mois de mai, le comte fut attaqué de nouveau d'un violent vertige; mais il n'en eut qu'un seul accès. Dans les mois de juillet, d'août et de septembre, qu'il passa dans le camp de manœuvres, il se porta bien, à l'exception du larmoiement de l'œil droit.

Le 9 octobre, il passa cinq heures à cheval, exposé à toute l'ardeur du soleil dans les vallées et à un air très-frais sur les hauteurs. Bientôt après, son visage devint rouge; le soir, il se déclara une fièvre violente accompagnée de telles douleurs dans le front, du côté droit, qu'il m'assura que si elles avaient duré longtemps, il n'aurait pu les supporter. L'œil était fortement enflammé et sortait un peu de son orbite; le pouls était plein, dur, apoplectique. J'administrai les médicaments que je crus convenables. A une heure du matin, la céphalalgie cessa, l'œil rentra dans son orbite, et le lendemain, le

comte put assister à la parade et au défilé des troupes. Le soir, il allait bien, à l'exception d'un peu d'abattement. Le lendemain, il se reposa, puis il repartit pour Milan. L'œil droit était encore rouge et pleurait encore. A Milan, le traitement fut continué. L'état s'améliora. Il resta une rougeur de la paupière inférieure, du larmoiement et une tumeur à l'angle externe de l'œil, en haut dans la cavité, sans douleur et sans affection de la vue.

Vers la fin d'octobre, le comte se rendit à Vérone, où il resta six semaines, durant lesquelles il fit un voyage à Modène pendant un temps affreux, humide et froid. Une nouvelle tumeur, qui avait la grosseur d'un haricot, se forma à l'angle interne de l'œil, et s'étendit sur la paupière inférieure. Celle de l'angle externe grossit en même temps et chassa une partie considérable de l'œil hors de l'orbite. Il se déclara en outre des douleurs, par accès, dans le front, avec violentes congestions vers la tête. Huit jours après, le malade revint à Milan.

Je trouvai l'état grave, car il était évident qu'il s'était formé un fongus dans l'orbite, et on devait craindre qu'il ne grossît. Je prescrivis des cataplasmes émollients afin de faire disparaître l'inflammation qui avait gagné toute la joue. Le but ayant été atteint, je les fis enlever, de peur de nuire à l'œil, et je m'occupai dès lors à arrêter les progrès du fongus, s'il était possible, tout en ne négligeant rien pour relever le moral du malade et pour maintenir l'organisme dans toute sa force. Je suivis dans mon traitement la méthode homœopathique. Voici les médicaments que j'administrai et répétai selon les circonstances ;— car, comme je l'ai dit, je n'avais pas seulement en vue d'arrêter les progrès du fongus, mais aussi de prévenir l'affaiblissement de l'organisme et une attaque d'apoplexie qui me semblait menaçante :

Aconit., — *Baryt.*, — *Carbo*, — *Zinc. metall.*, — *Anacard. orient.*, — *Calc. carb.*, — *Euphras.*, — *Mercur. Hahn.*, — *Merc. subl. corr.*, — *Antimon. crud.*, — *Digit.* Tous furent administrés à la plus haute dilution et à la plus petite dose, la grande irritabilité nerveuse du malade me faisant une loi de procéder avec la plus grande précaution. Tels sont les médicaments que j'employai alternativement, selon les symptômes, en intercalant de temps en temps des palliatifs.

Le comte jouissait d'une bonne santé générale, à l'exception de fréquents maux de tête ; son esprit et son corps avaient toute leur vigueur habituelle : mais rien ne put arrêter les progrès du fongus. Non-seulement la tumeur au-dessus de l'angle extérieur de l'œil, en

même temps qu'elle prenait une couleur rougeâtre-bleue qui la faisait ressortir davantage, mais aussi celle de l'angle interne, augmentèrent de volume, et il s'en forma, entre le globe et la paupière inférieure, une nouvelle, fongueuse, élastique, grenue, rouge pâle, indolente. Il en résulta que l'œil non-seulement fut poussé davantage hors de son orbite, mais qu'il dévia de l'axe visuel normal; en sorte que la pupille était tournée extérieurement et en haut, et que le mouvement de l'œil n'était pas libre, sans que la vue fût néanmoins affectée. Le comte pouvait encore écrire sans lunettes et se livrer à toutes ses occupations.

Je désirai qu'on appelât un second médecin, et l'on fit venir le docteur Flarer, de Pavie. Son diagnostic s'accorda avec le mien, et il regarda même le danger comme plus pressant que je ne le croyais. « Nous ne pouvons rien faire, me dit-il. » Je lui fis observer que, pour tranquilliser le malade, il serait bon de lui prescrire quelque chose, et nous nous décidâmes pour *Merc. sublim. corros.*, gr. 1/4, tous les matins.

7 janvier 1841.

Le docteur Flarer, professeur d'ophthalmologie à Pavie, avait déclaré, en présence de plusieurs médecins, que ni l'allopathie, ni l'homœopathie, ni l'hydropathie, ni quelque méthode que ce fût, ne guérirait dans ce cas, et que le comte mourrait de consomption ou des suites d'une attaque d'apoplexie. Il ne voulait même rien prescrire, et ce n'avait été qu'à ma prière et pour rassurer le malade qu'il avait ordonné le sublimé corrossif, à la dose d'un quart de grain chaque matin. Il n'en attendait rien; mais, m'avait-il dit, il ne connaissait pas de remède plus convenable. Je suivis son conseil; mais je ne fis prendre au malade que 1/12 de grain de *merc. subl. corr.*, qui lui causa même de si violentes congestions vers la tête, que je me vis forcé de recourir à un antidote.

Ce fut vers cette époque que je rédigeai sur cette maladie un rapport qui fut envoyé à Vienne.

L'empereur, sous les yeux de qui il fut mis, ordonna aussitôt au docteur Jaeger, professeur d'ophthalmologie à Vienne, de partir pour Milan, afin de se concerter avec moi et de tout faire pour sauver le feld-maréchal.

Malgré les progrès du fongus, l'état général de l'organisme était satisfaisant. Ce fongus grossissait en effet de plus en plus. Il commençait à l'angle externe de l'œil, dans la région de la glande lacrymale, et formait une tumeur de plus de huit lignes de large, bleu-

gris, dure, en bourrelet, qui s'étendait en forme d'arc vers l'angle interne, le long de la paupière supérieure, se rétrécissait peu à peu et s'amincissait. A l'angle interne, on apercevait une autre tumeur d'un bleu-gris, qui formait contre l'œil une paroi perpendiculaire et se perdait en pointe vers le nez. La tumeur de l'angle interne avait pris une grosseur triple, et était devenue rouge, inégale et dure. La tumeur rouge pâle, entre le globe et la paupière inférieure, s'avançait à un tiers de pouce de distance, et permettait ainsi de reconnaître facilement la nature fongueuse du produit morbide qui se formait dans toute la circonférence de l'orbite, et qui ne se manifestait au-dessus de l'angle externe que par la couleur bleue-grise de la peau qui le recouvrait. Ce fongus causait différentes douleurs : élancements, déchirements, ardeur, prurit. — L'œil saignait facilement. Quant à l'œil lui-même, il était indolent et ressemblait à une espèce de ravin entre deux hauteurs. Il était d'ailleurs proéminent et tourné en haut vers l'angle externe, mais du reste entièrement immobile. En même temps la vue s'affecta. Le malade voyait tous les objets noirs et ne pouvait les distinguer. La conjonctive était relâchée et d'un rouge foncé, tirant sur le bleuâtre. Le matin, les cils étaient collés par une mucosité blanchâtre, puriforme, visqueuse. Dans la journée, irritabilité de l'œil, plus grande à la lumière, et larmoiement. Le soir, chaleur plus forte, sécheresse et exacerbation de la douleur.

Tel était l'état du malade lorsque le docteur Jaeger arriva à Milan. On appela aussitôt le docteur Flarer, et le 26, à midi, nous eûmes une consultation.

Le docteur Jaeger déclara le mal incurable; selon lui, il consistait en une dyscrasie qui rendait inutile une opération : il ne connaissait d'ailleurs aucun médicament à employer intérieurement, cette maladie n'ayant jamais été guérie.

Le docteur Flarer répéta ce qu'il avait déjà dit.

Je ne pus refuser d'adopter l'avis du docteur Jaeger, qu'une pratique de quarante ans et les principes de l'école rationnelle confirmaient parfaitement à mes yeux.

Mais il était difficile de faire connaître au comte le résultat de la consultation, quelque ménagement qu'on prît d'ailleurs. On se décida à lui conseiller de suivre mon traitement, en le prévenant qu'avec le temps il y aurait des saignements, des douleurs, que la tumeur viendrait à suppuration, mais que je lui prescrirais les remèdes convenables.

Le docteur Jaeger repartit au bout de quatre jours, après une

site au vice-roi qui se rendit chez le feld-maréchal, et lui annonça qu'on le confiait à mes soins.

Lorsque j'allai le voir, il me tendit les bras : « *Ami*, me dit-il, *ils s'en sont tous allés* ; *je suis entre vos mains, faites-moi tout ce que vous voudrez : j'ai pleine confiance en vous, et je ne veux plus voir d'autre médecin.* »

Ces paroles m'émurent singulièrement : d'habiles docteurs l'avaient condamné, et j'avais dû me rendre à leur avis. Différents bruits couraient à Milan : je reçus plusieurs lettres fort singulières ; j'étais dans une position peu agréable : nuit et jour j'avais le comte devant les yeux. Enfin, je me dis que les docteurs Jaeger et Flarer étaient des médecins pleins d'expérience, mais qu'ils n'aimaient pas l'homœopathie, que j'avais déjà guéri par l'homœopathie des maladies regardées comme incurables, que je ne devais pas m'inquiéter de sots bruits ; et, rassuré, je me remis à l'œuvre.

Le résultat se montra favorable. Le saignement qui avait commencé a cessé ; il n'y a plus à craindre la dégénération menaçante du mal en cancer ; les douleurs ont entièrement disparu ; la tumeur supérieure, qui formait une élévation en bourrelet au-dessus de la glande lacrymale, est beaucoup moins considérable ; le bord supérieur de l'orbite est assez libre ; la tumeur dure de l'angle intérieur, ainsi que la tumeur tendue ou le fongus visible entre le globe et la paupière inférieure, ont diminué sous tous les rapports ; en sorte que le malade peut regarder maintenant son nez, et distingue tout objet comme dans l'état de santé. L'œil se meut librement dans son orbite et a repris une couleur naturelle, ainsi que tous les alentours. Le comte jouit du reste d'une bonne santé ; son esprit a toute sa vigueur, et son corps toute son activité et toute sa force.

Je continue le traitement homœopathique. Je ne puis espérer de guérir une maladie aussi dangereuse, et surtout chez une personne aussi âgée ; mais lors même que je ne réussirais pas, je pourrais m'estimer encore heureux si je parvenais à entretenir le comte dans un état aussi satisfaisant.

19 février 1841.

Le traitement homœopathique a été si efficace, que je dois indiquer la marche que j'ai suivie.

Je puis espérer maintenant une guérison complète. Le fongus, qui, dans sa plus grande circonférence, avait plus de quatre pouces, ne consiste plus maintenant qu'en une petite tumeur fongueuse qui

n'est visible que quand on renverse la paupière inférieure. Le comte jouit d'ailleurs d'une excellente santé.

Il est à regretter que le mal n'ait pas encore tout à fait disparu. Jamais encore on n'a guéri un fongus de l'œil d'une pareille grosseur, surtout chez un individu de cet âge; aussi je n'ose me flatter du succès avant d'avoir vu disparaître cette petite tumeur.

Je ne puis assez vanter l'effet des moyens homœopatiques. Je n'ai eu besoin que de deux médicaments employés à la fois à l'intérieur, à la dose de trois globules de la 30e dilution, le soir du huitième et le matin du neuvième jour, et à l'extérieur. Après chaque dose, le malade éprouvait une sensation de toutes ses anciennes douleurs ; mais c'était une sensation peu pénible et passagère. L'effet curatif se faisait bientôt sentir.

J'ajouterai que le comte se porte très-bien. Il peut se promener à pied; à cheval, en voiture, et il a recouvré toute sa sérénité.

16 mars 1841.

J'ai déjà dit que l'œil du comte se mouvait librement dans son orbite, que la vue était bonne, et que le fongus avait disparu, à l'exception d'une petite tumeur dans l'intérieur de la paupière inférieure; que le malade jouissait d'ailleurs d'une bonne santé.

Je continuai l'emploi des moyens homœopathiques, et je puis dire avec satisfaction que la tumeur de la paupière inférieure a presque disparu ; on ne remarque plus qu'un renflement à peine sensible de la paupière. Ce phénomène datant de longues années et se manifestant souvent dans un âge avancé, par suite du relâchement naturel des muscles, il est possible qu'il ne soit pas un symptôme grave dans ce cas.

Il suffit de voir l'œil pour être convaincu que le fongus a disparu. Il ressemble parfaitement à l'œil sain et a la vue aussi bonne. Le comte se promène à pied, à cheval, en voiture, et se livre à toutes ses occupations, sans prendre aucune précaution.

Le 19, entre autres, le feld-maréchal a assisté à la messe et est resté pendant une heure et demie dans la cathédrale, sans porter de bandeau sur l'œil. La température y était cependant très-basse. Il a fait défiler ensuite les troupes, et pendant plus d'une heure il est resté exposé aux rayons du soleil (changement de température de plus de 15°). L'œil n'en a pas souffert. Le soir, il se trouva dans une réunion d'une cinquantaine de personnes, dans une salle éclairée par cent bougies, et il n'en a pas ressenti la moindre incommodité.

Il a repris son genre de vie ordinaire, et j'ai la conviction qu'il est délivré pour jamais de sa maladie.

22 avril 1841.

Traitement. — D'après ce que je viens de dire, on voit que cette maladie était des plus dangereuses. Les docteurs Jaeger et Flarer la croyaient incurable. — Je n'osais répondre moi-même de la guérison.

Toute la famille et de hauts personnages éprouvaient les plus vives craintes. On accabla le malade de conseils ; on lui écrivit une foule de lettres, on eut même recours à des charlatans : on accusait surtout l'homœopathie, et l'homœopathe qui n'avait pas demandé plus tôt une consultation.

Lorsque je restai seul chargé du traitement, je dis à MM. Jaeger et Flarer que je donnerais *arsenic.* 6/30, puis *psorin. herpetin.*, et *carbo animalis.*

Le docteur Flarer me rit au nez ; mais je n'eus pas l'air de m'en apercevoir.

Je prescrivis *arsenic. alb.* 6/30 à prendre le matin : le premier jour, violente douleur dans la tête avec fortes congestions ; nuit agitée. — Le deuxième jour, même état, mais sans sommeil. — Le troisième jour, la céphalalgie s'amenda ; la diarrhée s'établit ; la nuit fut plus paisible. — Le quatrième jour, abattement, somnolence, diarrhée continuelle ; le fongus dans la cavité de l'œil augmentait de volume, l'œil sortait davantage de la tête. — Le cinquième jour, dans la matinée, *psorin.*, 6/30. — Le premier jour, pression dans l'œil droit, violente céphalalgie pressive, qui s'étendait jusque dans la mâchoire supérieure ; nuit assez paisible. — Le deuxième jour, même état que le premier ; seulement la pression dans l'œil fut moindre. — Le troisième jour, la pression dans l'œil avait cessé, ainsi que la céphalalgie pressive ; mais du reste pas de changement. — Le quatrième jour, pas de changement : le fongus continuait à croître, et il se déclara de légers saignements.

Le lendemain, je donnai *herpetin.*, 6/30. Le premier jour, pression dans la tête avec vertige, qui cessa vers le soir ; nuit paisible. — Le deuxième jour, céphalalgie pressive moindre avec léger vertige, gargouillements indolents dans le bas-ventre ; le soir, une selle liquide ; nuit paisible. — Le troisième et le quatrième jour, pas de douleur ; du reste pas de changement : le fongus s'étendait de plus en plus, et les légers saignements persistaient.

Le lendemain matin, j'administrai *carbo animalis*, 6/30. — Le

premier jour, pression dans le côté droit de la tête, prurit dans l'angle interne de l'œil droit, larmoiement de l'œil plus considérable; nuit paisible. — Le deuxième jour, état comme la veille ; nuit paisible. — Le troisième jour, la pression dans le côté droit de la tête cessa ; mais par contre le prurit dans l'angle de l'œil et le larmoiement augmentèrent. — Le quatrième jour, pas de changement.

Les saignements avaient cessé, et le malade se sentait soulagé : le fongus ne croissait plus ; mais il ne diminuait pas. Je laissai donc le médicament agir pendant deux jours encore ; mais il n'y eut pas de changement.

Je m'aperçus que les trois premiers médicaments avaient plutôt exacerbé le mal : le dernier en avait bien arrêté les progrès ; mais il n'avait opéré aucune amélioration. Je me dis alors : J'ai guéri de très-grosses indurations de tonsilles par la *thuja occident.* alternée avec *petroleum* ; j'ai guéri plusieurs fois des exanthèmes verruqueux par l'emploi intérieur et extérieur de *thuja* alternée avec *graphit.* et *sulphur* ; j'ai guéri deux squirrhes aux seins par *thuja* alternée avec *carbo animalis*. Je me décidai donc à faire un essai avec *thuja* et *carb. anim.*, et je prescrivis *thuja occid.* gutt. j, in *aq. distill. comm.* unc. iij, une cuillerée à bouche trois fois par jour.

Le premier jour, réapparition de toutes les douleurs dont le comte avait souffert par moments depuis des années, comme céphalalgie frontale du côté droit, toux, surtout la nuit, légère diarrhée, maux de reins, avec dépôt sablonneux, rouge, dans l'urine, prurit et exanthème miliaire rougeâtre au côté externe des cuisses ; nuit paisible, à l'exception de la toux.— Le deuxième jour, l'état était le même; seulement, quand le malade voulait indiquer la place où se faisait sentir la douleur, elle avait déjà disparu pour se porter d'un autre côté. — Le troisième jour, les douleurs avaient entièrement cessé. Prurit dans l'angle interne de l'œil ; suintement de toute la circonférence du fongus, qui jetait une matière laiteuse, semblable à de la crême douce.

Je prescrivis *tinct. thujae occid.*, gutt. vj, in *aq. distill. comm.*, unc. iv, à employer chaud extérieurement pour humecter l'œil ou le fongus toutes les deux heures.— Le quatrième jour, pas de douleur ; suintement plus abondant du fongus, qui diminua considérablement, surtout au bord supérieur de l'orbite. — Le cinquième, le sixième et le septième jour, pas de douleur ; suintement plus abondant. Le fongus disparut dans la partie postérieure et dans l'angle interne, au

grand étonnement de tous ceux qui l'avaient vu auparavant. Je fis continuer l'emploi extérieur de *thuja*.

Le lendemain, c'est-à-dire le huitième jour de l'emploi de *thuja*, j'administrai *carbo animalis* 3/30, le soir, et le lendemain, *carb. anim.* 3/30 également.

Le premier et le second jour, il y eut des douleurs dans le côté droit de la tête, comme après l'emploi de *thuja*, seulement elles s'étendirent vers le côté gauche et vers l'oreille ; mais elles passèrent comme un souffle : le suintement du fongus continuait ; pas de douleur dans l'œil.

Le troisième, le quatrième, le cinquième, le sixième et le septième jour, pas de céphalalgie ; le suintement persistait. Je lavai dès lors chaque matin le fongus proéminent avec un petit pinceau trempé dans la quatrième dilution de *carbo animalis*. On continua les applications de *thuja* ; le fongus diminua d'une manière notable, et l'œil rentra dans son orbite.

Le malade continua à prendre *thuja occidentalis* et *carbo animalis* alternativement, à la dose indiquée, tous les huit jours, et j'en fis continuer l'emploi extérieur. Contre toute attente, au bout de six semaines, le fongus disparut entièrement, l'œil recouvra toute sa force et sa mobilité ; le bord de la paupière inférieure restait seul un peu renflé, et l'œil continuait à pleurer. Ces symptômes s'amendèrent aussi dans la suite.

Le comte ayant souffert quelquefois d'un larmoiement qui avait sa cause en partie dans la structure organique de ses yeux, et en partie dans la fatigue de la vue, et le renflement de la paupière se manifestant souvent, dans un âge avancé, par suite du relâchement des muscles, sans qu'il existe de maladie; enfin, ces deux symptômes n'ayant que peu d'importance, et le larmoiement, en particulier, étant le plus souvent causé par le vent, etc., je ne crus pas nécessaire de continuer le traitement, d'autant plus que le fongus avait disparu et que l'œil était guéri.

Le comte a fait depuis plusieurs voyages à Vérone, à Venise, par toutes sortes de temps, sans que l'œil en ait été le moins du monde affecté. Je puis donc dire :

« Cette maladie, regardée comme incurable, a été guérie sans « douleur, d'une manière prompte et durable, par le traitement « homœopatique. »

Un fait remarquable et qui prouve que le comte est guéri d'une manière vraiment durable, c'est que, quoique jouissant d'une bonne

santé d'ailleurs, il était assez sujet auparavant à des ma deux tête, dans le côté droit, avec fortes congestions vers la tête ; à une toux presque continuelle, qu'il avait contractée dans ses campagnes, et qui n'était accompagnée d'aucune affection des poumons ; quelquefois à des maux de reins, à un prurit à l'anus, à des éructations aigres, venant de l'estomac ; accidents qui ont tous disparu avec le fongus ; en sorte que le comte jouit maintenant d'une excellente santé.

Griesselich's Hygea.

Est-ce bien aux décillionièmes qu'est due la cure du fongus oculaire du feld-maréchal de Radetzky ; par le docteur Griesselich. — La cure signalée par le docteur Hartung, dans l'article ci-dessus, a fait tant de bruit en Allemagne, que nous avons cru devoir rechercher la polémique qui s'en est suivie, et la faire passer sous les yeux de nos lecteurs ; nous avons été d'ailleurs porté à le faire à cause du parti que l'on a récemment cherché à tirer de la relation du médecin de Milan, auprès d'un malade que nous étions appelé à soigner, et dont nous dirons prochainement l'histoire.

Le docteur Griesselich est le premier qui soit entré en lice. Nous dirons à nos lecteurs que cet honorable confrère publie un recueil, l'*Hygea*, qui a pour mission de défendre l'homœopathie tout en signalant le charlatanisme dont usent la plupart des médecins qui ont recours à la thérapeutique infinitésimale. M. Griesselich et ses collaborateurs poursuivent cette tâche consciencieuse avec un zèle digne des plus grands éloges.

Après avoir résumé l'historique de la marche du mal, M. Griesselich examine la thérapeutique employée par M. Hartung. Sous l'influence de l'arsenic 30, l'œil a augmenté de volume, l'exophthalmie est devenue plus prononcée ; la psorine 30 est donnée : le fongus augmente de plus en plus, les légers saignements persistent ; le *carbo animalis* 30 est administré : il s'ensuit un soulagement qui ne peut raisonnablement être rapporté à ce remède, car on observe tous les jours de semblables amendements de maux organiques. En un mot, aucun des quatre médicaments, arsenic, psorine, herpétine, *carbo animalis*, n'a amené de changement. C'est alors que la *thuja* est prescrite, parce que l'auteur en a retiré un effet salutaire dans les *indurations volumineuses des tonsilles*, dans les *exanthèmes verruqueux* et le *squirrhe des mamelles*. « Ce n'est pas ici le lieu, dit

M. Griesselich, de rechercher s'il était permis d'établir un semblable parallèle sans s'écarter tant soit peu de la physiologie, de l'observation pathologique et des résultats de l'anatomie pathologique : nous nous attacherons seulement à cette circonstance, que M. Hartung jugea convenable de ne pas prendre en considération l'analogie symptomatologique pure, ce fantôme chéri, sur lequel on se repose avec tant de complaisance pour fermer l'oreille à la raison : il dressa dès lors un plan curatif dans lequel cette analogie n'entrait pour rien. » La teinture de thuja est prescrite à la dose de 6 gouttes dans ℥iv eau distillée : cett esolution servit à humecter de deux en deux heures l'œil et le fongus. Celui-ci avait, dès le quatrième jour, considérablement diminué, et à partir de ce moment la marche vers la guérison fut décisive et rapide. N'y a-t-il pas lieu de s'étonner de voir que, le huitième jour, alors que déjà la thuja avait produit de si admirables effets, M. Hartung a prescrit *carbo animalis* 30 ? Ne doit-on pas être plus surpris encore, en présence de ce succès dû à l'application externe de la thuja, de lui voir laver le fongus avec un pinceau trempé dans la quatrième dilution de *carbo animalis* ? Qu'était-il besoin du *carbo animalis* après que la thuja avait produit le résultat désiré ?

La conclusion de M. Griesselich est celle-ci : « Il semblerait que M. Hartung n'a publié cette histoire de maladie que pour prouver jusqu'à l'évidence que les atomes ne sont entrés pour rien dans la guérison, et que la teinture seule, appliquée immédiatement sur l'organe malade, a été utile, tandis que tous les autres remèdes administrés ont été superflus (*rein überflüssige Nebensache ware*). Les partisans des petites doses, poussées jusqu'à néant (*bis zum Nichts getriebene Dosen*), se garderont bien d'accorder la moindre valeur à ce récit, puisqu'il démontre évidemment le contraire de ce qu'il tend à établir : il constate en effet l'efficacité des fortes doses, tandis que les doses infinitésimales ne servent qu'à faire perdre du temps, pendant que le progrès désolant du mal continue. Ce récit prouve que, dans beaucoup de cas, il est d'une haute nécessité de ne pas envoyer les remèdes se promener par l'estomac, mais au contraire de les appliquer et de les faire agir immédiatement sur l'organe affecté. Ceux qui, partant de leur idée favorite, pourraient chercher des subtilités dans les faits, se rappelleront que l'art de faire passer un X pour un U convient aux jongleurs, mais nullement aux médecins. »

Allgemeine Zeitung für Chirurgie.

Examen de la cure homœopathique d'un fongus de l'œil ; par le docteur G**l. — L'auteur s'engage à fournir des preuves authentiques à l'appui de sa relation, qui s'écarte singulièrement de celle du docteur Hartung. D'après M. G**l, voici quel était, lors de la consultation de MM. Jaeger et Flarer, l'état du feld-maréchal:

Le malade était d'ordinaire fébricitant, et la consomption s'était déjà emparée de lui. Cependant la peau n'avait pas encore pris cette teinte cachectique qui tient le milieu entre la coloration plombée et la coloration terreuse (*das Mittel zwischen Erd u. Bleifarbe haltende kachektische Farbe*). La paupière inférieure était épaisse d'une demi-ligne et fortement tuméfiée, d'un rouge foncé, légèrement bleuâtre. La tumeur était dure et douloureuse à la pression; des élancements y étaient ressentis de temps à autre. La conjonctive était tuméfiée, d'un rouge foncé. Le mouvement du bulbe vers l'angle interne était très-difficile; il y avait exophthalmie de plus de trois lignes. Derrière le bulbe existait une tumeur dure comme la pierre, que le toucher révélait longue et bosselée, et qui paraissait étroitement fixée à l'orbite. La texture du globe n'avait subi aucune altération ; la vision n'était pas complètement abolie. L'anamnèse était incomplète. Le malade attribuait son mal à une insolation. Le traitement homœopathique employé depuis trois ans n'avait pas empêché le mal d'arriver à l'état qui vient d'être décrit. MM. Flarer et Jaeger diagnostiquèrent un squirrhe menaçant de passer à l'état de cancer. Le docteur Flarer consulté seul, douze ou quatorze jours auparavant, avait conseillé l'emploi du deuto-chlorure de mercure à la dose de 1/4 grain par jour. Le docteur Jaeger, venu sur l'ordre exprès de l'empereur, approuva cette médication. Le docteur Hartung partagea l'avis de ses deux confrères, tant à l'égard du remède qu'à l'égard de la dose; le sublimé continua d'être administré, et l'œil fut ramené à son état normal. « Tout le monde, dit M. G**l, accorde à l'homœopathie les honneurs de la cure, tandis que celle-ci n'eut lieu qu'à la suite d'une consultation tenue après que les remèdes homœopathiques avaient été inutilement employés pendant trois années. »

Cette version donne, comme on le voit, un démenti formel au docteur Hartung. Nous ignorons si ce médecin a jugé à propos d'y répondre ; tout ce que nous savons, c'est que jusqu'à ce jour, M. G**l n'a pas fourni dans l'*Allgemeine Zeitung für Chirurgie* les preuves

qu'il avait annoncées et qu'il aurait pu être mis en demeure de produire.

JOURNAUX NORWÉGIENS.

Norsk Magazin for Laegevidenskaben.

Guérison prompte d'une amaurose; par M. Hjort. — Un soldat admis dans le service des maladies de la peau, dirigé par M. Hjort, fut traité de la gale par la méthode anglaise. L'affection fut guérie en peu de jours; mais il ne tarda pas à se manifester une amblyopie qui durait depuis huit mois, et avait pour ainsi dire amené la cessation de la faculté de voir, lorsqu'un vésicatoire fut appliqué à la nuque. La guérison fut des plus promptes (6e vol., n° 2).

JOURNAUX ITALIENS.

Giornale per servire ai progressi della patologia e della terapeutica.

Corps étranger volumineux resté pendant plus de deux mois dans l'orbite ; par M. Cappelletti, de Trieste.— Une femm e fut frappée à l'œil par un instrument en os qui est placé au cordon du tablier pour qu'une des aiguilles à tricoter y trouve un point d'appui. La plaie qui en résulta se ferma, et un abcès s'étant formé deux mois plus tard dans l'angle oculaire interne, on fut fort étonné d'en voir sortir un corps étranger, long d'un pouce et demi, qui fut reconnu pour un fragment de l'instrument à tricoter, qui s'était rompu lors du coup porté.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Gazette des Hôpitaux.

Généralités sur les deux procédés d'opération de la cataracte, abaissement et extraction; par le professeur Roux. — Longtemps divisés sur le choix de la méthode pour l'opération de la cataracte, les chirurgiens se sont presque tous aujourd'hui ralliés à celle de l'abaissement. Au milieu de ce consensus général, un seul, dont le nom fait à juste titre autorité dans la science, est demeuré

fidèle aux premiers enseignements de sa jeunesse. Depuis ses premiers essais à l'hôpital Beaujon jusqu'à sa prise de possession de la chaire de clinique de Dupuytren à l'Hôtel-Dieu, M. Roux n'a pas cessé de combattre en faveur de la méthode par extraction. Cette persévérance, si courageusement soutenue malgré de nombreuses et vives attaques, émane d'une conviction inébranlable que le temps et l'expérience ont consacrée; aussi, quand M. Roux expose ses vues pratiques sur la cataracte, son diagnostic et son traitement, il ne peut manquer de vivement solliciter l'attention. C'est ce qu'il vient de faire dernièrement encore dans une leçon très-remarquable dont nous allons reproduire les points les plus marquants. Sous le rapport exclusivement pratique, il existe dans l'histoire de la cataracte des faits qui sont généralement négligés dans les livres dogmatiques : ainsi il arrive que des malades soumis à l'opération la plus régulièrement faite ne distinguent pas plus les objets extérieurs qu'auparavant; et cependant les accidents consécutifs ont été nuls, et les milieux de l'œil sont clairs et transparents. Suivant M. Roux, ce fait dépend de la configuration du corps vitré. Pour que l'œil acquière l'achromatisme naturel après l'enlèvement du cristallin, il est nécessaire que le corps vitré change de forme, c'est-à-dire que de concave qu'il est en avant pour loger la lentille cristalline, il devienne convexe, pour remplacer pour ainsi dire cette lentille. Dans le cas où la concavité du corps vitré est maintenue, la vue ne peut se rétablir, parce que les rayons lumineux, en arrivant dans l'œil, n'éprouvent pas un mode de réfraction convenable, rencontrant une surface concave là où dans l'ordre physiologique doit exister une surface convexe. Dans ce cas, on perçoit la sensation de la lumière vive et naturelle; mais l'image ne se peint pas sur la rétine. Dans le diagnostic de la cataracte, il existe une disposition du corps vitré qu'il importe de reconnaître avant de prendre parti pour tel ou tel autre procédé opératoire. M. Roux, avant d'opérer, a coutume de palper avec soin le globe oculaire. L'expérience lui a appris que le degré de densité des divers milieux de l'œil modifiait notablement la consistance de cet organe. Or, suivant lui, une dureté exagérée indique très-souvent un état anémique des milieux de l'œil; c'est alors que les malades sont exposés à voir des flammes, des étincelles, des éclairs : ce sont autant de mauvais signes pour l'état de l'œil. D'autre part, quand le globe oculaire présente une mollesse anormale, cela prouve que la membrane hyaloïde et le corps vitré sont doués : l'une, d'une minceur extrême, et l'autre, d'une fluidité plus grande qu'elle ne de-

vrait être. La conséquence pratique de ces circonstances, c'est que lorsque l'on doit opérer une cataracte sur un œil à consistance ordinaire, convenable, la méthode par extraction offre plus de chances de succès ; tandis que si l'œil offre au doigt un degré de mollesse exagérée, il y aurait à craindre, dans la même opération par extraction, que le corps vitré s'écoulât par l'ouverture de la cornée. Dans ce cas seulement, et par exception, M. Roux recommande l'abaissement. Abordant ensuite la question d'opportunité si souvent et si contradictoirement débattue, le professeur formule de la manière suivante son opinion : « Ce serait, dit-il, une conduite peu sage et inhumaine que celle d'un chirurgien qui opérerait une cataracte non encore parfaitement mûre ; car il soumettrait son malade à une opération très-souvent inutile alors. » M. Roux, à cette autre question : Faut-il opérer les deux yeux en même temps, la cataracte étant mûre ? répond par l'affirmative. Quand on opère ainsi de deux côtés, il y a l'espoir fondé qu'on réussira au moins d'un côté ; tandis qu'en opérant un œil seul d'abord, et l'autre plus tard, il y a à craindre que les accidents consécutifs à l'opération ne deviennent funestes aux deux yeux successivement. Si maintenant nous suivons l'auteur dans l'examen comparatif des deux méthodes, abaissement et extraction, nous trouverons qu'on peut l'établir sous plusieurs rapports : 1° sous le rapport de l'exécution ; 2° sous celui des accidents immédiats ; 3° et sous le rapport des résultats qu'on en obtient. Quant au premier chef, M. Roux est d'avis que l'extraction est incontestablement plus difficile que l'abaissement. Il faut, pour que les résultats de l'extraction soient favorables, que celle-ci ait été exécutée avec une grande précision. Dans l'abaissement, le manuel est si simple que tout chirurgien tant soit peu exercé aux opérations peut facilement l'exécuter. Le professeur convient aussi que les accidents immédiats peuvent être plus graves par l'extraction, si elle n'est pas faite par une main habile, si l'opérateur n'est pas secondé par des aides intelligents et attentifs, et surtout si le malade lui-même ne s'y prête pas avec patience et bonne volonté. La lésion de l'iris, qui peut avoir lieu aussi bien par l'une que par l'autre des deux méthodes, n'a pas toujours des suites aussi graves qu'on pourrait se le figurer ; souvent même elles sont presque nulles, et l'organe recouvre bien ses fonctions. On a beaucoup exagéré, suivant M. Roux, le danger qui résultait de l'écoulement de l'humeur vitrée au dehors ; bien souvent il ne donne lieu à aucune suite fâcheuse. Il dit avoir observé cet écoulement des centaines de fois, et assez souvent l'issue de l'opération

n'en fut pas moins heureuse. Dans la méthode par abaissement, tous les chirurgiens ont signalé comme un accident fréquent la réascension du cristallin ; la maladie réclame alors une nouvelle opération : or, ces opérations répétées exposent à des accidents sérieux et à une inflammation violente des parties internes de l'œil. Au reste, pour M. Roux, l'inflammation est aussi fréquente à la suite de l'abaissement, méthode pour laquelle on fait à l'œil une plaie pénétrante par un instrument piquant qui traverse des parties nerveuses et vasculaires, telles que la choroïde, et conséquemment douées d'une grande sensibilité, qu'après l'extraction. Au surplus, il convient que c'est l'inflammation d'une part, et, de l'autre, le maintien de la concavité du corps vitré, qui presque toujours sont cause des échecs qu'éprouve cette dernière méthode. Dans l'opération par abaissement, la piqûre faite à la sclérotique, et intéressant plusieurs autres membranes très-sensibles, est beaucoup plus grave que la simple incision nette et régulière de la cornée, qui très-souvent est fermée au bout de quarante-huit heures. Ainsi il est certain que lors même que le succès a lieu, et que la vision est rétablie par l'abaissement, les opérés ne voient jamais aussi bien, aussi nettement qu'ils voyaient avant la formation de la cataracte ; i semblerait que la sensibilité de la rétine est plus obtuse : ce fait n'est pas démenti par les partisans mêmes de l'abaissement.

Quant aux résultats définitifs des deux méthodes, M. Roux nous apprend que depuis son entrée dans les hôpitaux jusqu'en 1815, il n'a cessé de se livrer à des expériences pratiques et comparées qui ont fait sa conviction. Il comptait à cette époque six cents opérations de cataracte, moitié par extraction, moitié par abaissement, et c'est parce que les résultats obtenus par l'extraction furent plus heureux que ceux de l'abaissement, qu'il se décida pour la première de ces méthodes, et qu'ensuite il la généralisa, convaincu qu'il agissait dans l'intérêt des malades. (*Analyse du Bulletin thérapeutique.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

The vision of objects on and in the Eye. (*De la vue des objets placés sur et dans l'œil*) ; par GUILL. MACKENZIE, D. M., chirurgien-oculiste ordinaire pour l'Écosse de S. M. la Reine, professeur d'oculistique à l'Université de Glasgow, l'un des chirurgiens de l'Infirmerie ophthalmique de la même ville, membre du collége royal de chirur-

gie d'Angleterre, etc., etc. Edimbourg, 1845, 8° pp. 62, avec une planche lithographiée.

Parmi les affections si diverses dont les organes de la vision peuvent être atteints, il en est une tellement commune qu'on peut dire qu'il y a peu d'hommes qui en sont complètement exempts. Je veux parler des *mouches*, ou corps voltigeants interposés entre l'œil et les objets qu'il regarde. Fixes chez les uns, en ce sens qu'elles se trouvent toujours dans le même rapport avec l'axe des rayons lumineux, elles sont mobiles chez d'autres, éclatent sur divers points du champ visuel quand l'œil exerce quelque brusque mouvement, soit dans une direction, soit dans une autre, et ne deviennent souvent dans cet état apercevables qu'à l'aide d'un artifice. Ces mouches volantes, incomparablement plus fréquentes que les fixes, ont spécialement attiré l'attention des physiologistes et des physiciens, et fait éclore une foule de travaux. Cependant, et malgré le mérite incontestable de plusieurs de ceux-ci, il est quelques points essentiels de leur histoire, ceux entre autres qui concernent les causes dont elles dépendent et le siége qu'elles occupent, qui restent enveloppés de beaucoup d'incertitude. Plusieurs ingénieuses et séduisantes hypothèses sur leur nature sont en présence ; mais aucune d'elles ne porte ce caractère de démonstration qui rallie les esprits et y fait taire le doute. L'opposition radicale existant entre elles ne permet pas même d'en tenter la conciliation. Et notez bien que chacune se recommande par l'assentiment et l'autorité des noms les plus recommandables, soit en médecine, soit en sciences naturelles.

En prenant cette intéressante matière pour l'objet d'un mémoire qu'il a fait insérer dans le *Journal de Médecine et de Chirurgie d'Edimbourg*, M. le docteur Mackenzie, auquel l'ophthalmologie est déjà redevable de tant d'utiles travaux, a pris surtout à tâche de déterminer avec précision l'état actuel de nos connaissances sur ces aberrations visuelles, et de soumettre au creuset du raisonnement et de l'expérimentation les principales opinions ayant cours sur ce sujet dans la science ; d'explorer soigneusement le terrain où la question est posée, et, en y plaçant des jalons nouveaux et sûrs, de faciliter la voie à ceux qui chercheraient à l'aplanir ultérieurement.

L'auteur reconnaît cinq espèces d'images qui peuvent donner naissance à la myiodésopsie, dont quatre ont, selon lui, leur cause dans

l'œil : une seule l'a en dehors. Cette dernière, le *spectre muco-lacrymal*, résulte de la présence de larmes ou de mucosités sur la cornée ; elle a pour caractères de se présenter sous la forme de petites gouttelettes ou de globules qui changent de place à chaque clignottement et de descendre toujours vers la partie la plus déclive de l'œil.

Des quatre autres images, à savoir de celles qui reconnaissent pour cause des corpuscules étrangers situés dans l'intérieur de l'œil, il en est une que l'auteur admet seulement par induction, parce qu'il n'est pas à sa connaissance que jusqu'ici on en ait recueilli aucune observation exacte : c'est celle qui serait produite par des corpuscules siégeant entre la cornée et le corps vitré. C'est là cependant que MM. Donné et Prévost ont pensé que se trouvait la cause la plus ordinaire des mouches volantes : le premier dans l'humeur aqueuse, le second dans celle de Morgagni. L'auteur discute cette théorie plus bas. En attendant, et sous l'admission de la possibilité de leur production par des corps flottants dans ces liquides, il détermine expérimentalement les moyens par lesquels on pourrait, le cas échéant, s'assurer de leur siége.

Abordant ensuite l'étude des images qui résultent de la présence des corpuscules placés dans le corps vitré, et qu'il propose d'appeler *mouches entohyaloïdes*, il en admet quatre espèces : la plus remarquable, dit-il, paraissant la plus rapprochée de l'œil dans le champ de la vision, se compose de petits fils entortillés ou de globules réunis en chapelet ; la seconde, qui paraît la plus éloignée, est formée par des stries aqueuses dépourvues de toute apparence globuleuse. Entre ces deux plans on remarque deux images distinctes, composées de globules isolés. Ces diverses images ne se confondent jamais ensemble et ne changent pas à la vue leur position respective. L'auteur appelle la première *spectre perlé*, la seconde *spectre aqueux* ; les deux autres sont désignées par lui sous le nom de *spectres globulaires isolés*. M. Donné, qui avait bien observé le spectre perlé et les deux spectres globulaires isolés, n'a pas reconnu, dit l'auteur, le spectre aqueux.

Il pense trouver dans le fait suivant la preuve que ces diverses images sont produites par des corpuscules situés dans ou derrière le corps vitré, et non dans l'humeur aqueuse, comme le suppose M. Donné pour celles de ces images qu'il a décrites. En regardant par une lentille concave ou par une lentille convexe qu'on tient d'abord très-près de l'œil, et qu'on éloigne progressivement jusqu'au delà de la distance focale de la lentille, on ne voit aucune de ces

images se renverser; ce qui devrait arriver si elles étaient produites par des corpuscules placés en avant de l'humeur vitrée.

Après avoir décrit avec détail l'aspect sous lequel se présentent ces diverses espèces de spectres et les divers mouvements dont ils sont susceptibles, l'auteur aborde l'importante question de l'altération organique, productrice des mouches perlées volantes, et réfute successivement l'opinion de ceux qui l'ont placée sur la cornée, dans l'humeur aqueuse, la liqueur de Morgagni, entre le corps vitré et la rétine, dans la rétine et dans la choroïde, et fait valoir les raisonnements et les expériences qui militent en faveur de la position de ce siége dans l'humeur vitrée. Il cherche ensuite à déterminer la grandeur que peuvent avoir les éléments constitutifs ou filaments primordiaux des globules dont la réunion constitue le spectre perlé, et émet à cette occasion l'idée que c'est à tort qu'on admet des cellules dans le corps vitré. Mais quels sont ces filaments, ces corpuscules logés dans l'humeur vitrée, et qui donnent naissance aux mouches aqueuses, globulaires isolées et perlées ? L'auteur croit cette question insoluble par l'observation; mais le raisonnement lui semble favorable à cette opinion de Sir David Brewster, que ces filaments détachés et flottants pourraient bien être les débris de quelque tissu organique dont les fonctions auraient cessé. Il admet, avec le même célèbre physicien, que ces filaments sont des corps transparents de différentes formes dont les ombres sont projetées sur la rétine par des rayons divergents de lumière passant au travers et à côté d'eux.

Les mouches volantes existant à tous les âges, aussi bien chez les jeunes gens que chez les vieillards, ne peuvent être considérées, suivant lui, ni comme signe ni comme avant-coureur de maladie; et quoique la prédisposition à contracter la myiodésopsie ne s'annonce par aucun symptôme objectif constant, on remarque cependant, dit-il, qu'elle attaque de préférence les myopes et les presbytes, et que la pupille de l'œil qui en est affecté est en général rétrécie, alors même que l'œil est myope.

Parmi les causes excitantes de cette affection, on note généralement un travail assidu et fatigant pour la vue, surtout quand l'esprit est occupé en même temps; les congestions cérébrales ou oculaires; les affections fébriles; les ophthalmies; l'insomnie et les veilles prolongées; un dérangement habituel dans les fonctions digestives; l'hypertrophie du cœur, ou d'autres états morbides causant des perturbations profondes dans les actes circulatoires; la faiblesse et l'irritabilité du système nerveux. Cependant il résulte d'une obser-

vation attentive, faite par Sir David Brewster, que les variations dans la sensibilité de la rétine n'influent en aucune façon sur la manière d'être des mouches volantes. Il faut donc recourir à une autre explication pour rendre compte de ce fait incontestable, que les ophthalmies laissent des mouches volantes, et surtout perlées, à leur suite. L'auteur demande s'il ne pourrait pas se faire que pendant le raptus sanguin dont s'accompagnent toutes les phlegmasies graves de l'intérieur de l'œil, les vaisseaux qui de l'artère centrale de la rétine se dirigent vers la membrane postérieure du cristallin à travers le corps vitré, ou ceux qui se ramifient sur la surface externe de la membrane hyaloïde, et qui, dans la vie extra-utérine, sont contractés et vides, ou remplis seulement d'un liquide incolore, s'ouvrent devant l'impulsion rapide et violente du sang, et que les globules qui y ont pénétré, ou qui se sont extravasés autour d'eux après la chute de l'inflammation, continuant à séjourner aux lieux où ils ont été accidentellement introduits, deviennent la cause des mouches volantes. On trouverait dans le plus ou moins de globules contenus dans les vaisseaux, ou épanchés, la raison pour laquelle les mouches sont plus visibles chez quelques indivividus que chez d'autres. Il est à observer que toutes les autres causes productrices de la myiodésopsie appellent, aussi bien que l'ophthalmie, des congestions sanguines vers la tête et l'œil, et peuvent par conséquent, tout comme l'inflammation, déterminer l'entrée du sang dans les vaisseaux capsulaires affaissés ou rétrécis.

L'auteur, d'accord avec un grand nombre d'auteurs dont il invoque le témoignage, pense que les mouches entohyaloïdes s'accroissent avec une extrême lenteur, restent quelquefois indéfiniment stationnaires, et s'affaiblissent même, quoique rarement, et qu'il est prouvé par l'expérience que par elles-mêmes elles n'entraînent aucun danger.

Le traitement à opposer à cette maladie varie nécessairement suivant la diversité de ses causes. Rust paraît être le seul qui ait recommandé la ponction de la cornée comme remède général de la myiodésopsie; mais elle n'a réussi jusqu'à présent qu'entre ses mains, et ne compte pas beaucoup de partisans.

Une dernière forme enfin des mouches volantes est constituée par le *spectre circulatoire*, caractérisé par des points lumineux qui éclatent dans toutes les directions sur le champ visuel. Les déplacements de ces points sont tout à fait indépendants des mouvements de l'œil, et ressemblent avec la plus grande exactitude à ceux de la circulation

dans une patte de grenouille observée au microscope. L'auteur les attribue à une légère compression de la substance nerveuse (la membrane de Jacob) de la rétine exercée par les vaisseaux choroïdiens congestionnés. Lorsque ces points jaillissent spontanément et sans avoir été artificiellement provoqués, ils sont souvent des indices d'amaurose commençante. La pression devenant permanente ou augmentant, ces apparences lumineuses sont remplacées par des phénomènes d'une nature tout opposée, qu'on désigne par le nom de *mouches fixes*.

C'est à l'étude de celles-ci que l'auteur consacre ensuite quelques pages. Elles ont, comme leur nom l'indique, pour caractère de ne point changer de position, tant relativement les unes aux autres que par rapport à l'axe visuel. Comme on peut les reproduire artificiellement à volonté, soit à l'aide de l'expérience de Purkinje, soit en provoquant à dessein des couleurs accidentelles, et que les phénomènes survenant dans ces deux cas sont dus à une affection de la rétine, l'auteur en conclut que très-probablement quelques mouches fixes reconnaissent également pour cause un état anormal de cette membrane, et plus particulièrement une maladie de son système sanguin, ou sa paralysie partielle, ou des mélanoses, ou des névromes placés sur ses surfaces. Il lui paraît probable aussi qu'un épaississement partiel de la choroïde, la dilatation de ses vaisseaux et des productions étrangères en contact avec son tissu, peuvent, en comprimant la rétine, être la source, d'abord de la photopsie, ensuite des mouches fixes. Il admet enfin, par analogie, que des maladies du nerf optique ou de l'encéphale même peuvent en produire également. Partout où apparaissent ces anomalies de la vision, elles se présentent, suivant l'auteur, combinées avec plusieurs autres symptômes objectifs qui, si variés qu'ils soient, sont tous, sans exception, autant d'expressions d'une affection de la rétine. Il dit, en finissant, quelques mots de leur traitement. Dans la majorité des cas, elles lui paraissent au-dessus des ressources de l'art : cependant on parvient quelquefois à les guérir en employant des émissions sanguines, le mercure, l'iodure de potassium, les révulsifs, suivis par un traitement tonique général et local. On cherche par là à dégorger d'abord les vaisseaux congestionnés et à les ramener ensuite à leur diamètre normal.

Afin de faciliter l'intelligence du texte, l'auteur a ajouté à son mémoire une planche qui représente les figures explicatives de quelques-unes des expériences décrites dans le corps de

l'ouvrage et les divers aspects sous lesquels apparaissent les mouches entohyaloïdes.

Peut-être s'étonnera-t-on que dans un sujet prêtant si essentiellement à la controverse, et au milieu de tant d'hypothèses plus ou moins plausibles, je me sois abstenu de faire connaître mon sentiment et que je n'aie hasardé même aucune réflexion critique. La raison de cette conduite est cependant facile à comprendre. Dans des questions aussi obscures que celle dont notre auteur a poursuivi la solution, la seule position qu'il me fût permis de prendre était celle de rapporteur, laissant à de plus habiles que moi celle de juges. Toutefois, ce que je me crois en droit de dire, c'est que si l'auteur n'est pas parvenu à élever partout ses opinions au degré de la certitude, ce n'est pas faute d'avoir mis habilement en œuvre tous les moyens d'y parvenir. Il n'a abordé la question qu'après l'avoir profondément mûrie, et n'a rien négligé de ce qui pouvait l'éclaircir : il n'a avancé aucune opinion sans l'appuyer de faits, de raisonnements et d'expériences dont ses adversaires eux-mêmes ne pourront contester la valeur et l'à-propos. Enfin il a pleinement rempli le but qu'il s'était proposé en prenant la plume (p. 62), savoir, de présenter un résumé fidèle de l'état actuel de la science sur la myiodésopsie et d'aplanir la voie pour de nouvelles et fructueuses recherches sur cette intéressante maladie. FALLOT, D. M.

—

Du strabisme ; par A. VELPEAU, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.—Paris, J.-B. Baillière, 1842, in-8°.

Après avoir donné, d'une manière peu complète, selon nous, l'historique de la strabotomie, l'auteur expose l'anatomie chirurgicale des muscles du globe. Il passe ensuite en revue les méthodes opératoires et les divers procédés des auteurs, discute leur valeur comparative, et apprécie ce que chaque méthode présente d'avantageux, d'inutile ou de défectueux. Les lecteurs de ce journal connaissent le procédé employé par M. Velpeau (*Ann. d'Oc.*, 1er vol. supp., p. 277), qui a adopté la méthode dite par dissection ; je crois donc inutile d'en reproduire ici les détails.

L'auteur s'occupe ensuite du traitement consécutif et des accidents secondaires : ce dernier chapitre est loin d'être complet. — Il le résume en examinant les contre-indications admises, et qui sont :

le strabisme optique fixe, avec adhérence ou paralysie ; le strabisme double ; l'amaurose; quelques maladies générales ; les tumeurs de l'orbite ; l'âge des malades. Il démontre que certaines de ces contre-indications ne s'opposent pas d'une manière absolue à la pratique de l'opération.

La section des muscles de l'œil procure d'autres bienfaits que le redressement des yeux ; elle améliore la vue. C'est ce que prouve M. Velpeau, qui traite encore de l'application de cette opération à la myopie, à la diplopie, au nystagme, etc., et aussi pour produire un strabisme artificiel et rétablir ou améliorer la vue dans les cas où des taches de la cornée, situées sur le champ pupillaire, empêchent les rayons lumineux d'arriver sur la rétine et nécessitent l'opération de la pupille artificielle. D^r J.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

SNABILIÉ. — *Waarnemingen en mededeelingen uit het gebied der Oogheelkunde.* Extrait de la *Nederlandsch Lancet.* Utrecht, 1845, 8°, pp. XX-19.

GOETZ (Bernard). — *Die Blintheit Deissenroths, oder* Amaurosis spuria *durch Keratoconus und* Photophobia permanens *bei* Cataracta accreta. *Beobachtet und ausführlich dargestellt mit einer speciellen Betrachtung der Neurose und Keratoconus.* Basel, 1845, J. J. Mast, gr. 8°, pp. XII-116.

CAPPELLETTI (Giambattista). — *Nuovo processo operativo per eseguire la blefaroplastica alla palpebra inferiore.* Trieste, 1844, Marenigh, 4°, pp. 16.

(Nous en rendrons compte.)

PÉTREQUIN. (J.-E.). — *Mélanges de Chirurgie.* Lyon, 1845, Dorier (Paris, Germer Baillière), 8°.

(Cet ouvrage contient : 1° le compte-rendu de la pratique de l'Hôtel-Dieu de Lyon pendant six années ; 2° l'histoire médico-chirurgicale de cet hôpital depuis sa fondation en 542 jusqu'à nos jours, d'après ses propres archives manuscrites ; 3° l'histoire spéciale de la syphilis dans cet établissement, depuis 1496 à 1843, d'après des documents inédits ; 4° la chronologie médico-chirurgicale des trois grands hôpitaux de Lyon. — L'oculistique a une large part dans la nouvelle publication de notre savant collaborateur. Nous signalerons les chapitres sur la cataracte, la strabotomie, la pupille artificielle, l'amaurose mécanique, le strabisme artificiel, l'ophthalmokopie, etc., et les nouveaux procédés opératoires de l'auteur pour les cataractes adhérentes, l'entropion *musculaire*, le staphylôme, les adhérences oculo-palpébrales, etc. Nous donnerons une analyse de cet important ouvrage.)

BURGGRAEVE (Ad.).—*Anatomie de texture,* ou *Histologie appliquée*

à la physiologie et à la pathologie. Deuxième édition. Gand, 1845, C. Annoot-Braeckman, gr. in-8°, pp. 710, avec de nombreux dessins gravés sur bois, intercalés dans le texte.

(Nous rendrons compte de cet ouvrage.)

TAVIGNOT. — *Études sur les maladies de la cornée.* (Extrait du *Journal des Connaissances médico-chirurgicales.*) Paris, 1845, Cosson, gr. 8°, pp. 23 à 2 colonnes.

(N'est pas mis en vente.)

QUESTION MISE AU CONCOURS PAR LES ANNALES D'OCULISTIQUE.

La rédaction des *Annales d'Oculistique* décernera un prix de la valeur de cent cinquante francs au meilleur des mémoires qui lui parviendront en réponse à la question suivante:

Quelle est la valeur *réelle* de la myotomie dans le traitement de certaines maladies de l'œil et de ses annexes ?

Les réponses devront porter une devise répétée sur un billet cacheté, renfermant les nom, prénoms, qualité et domicile de l'auteur; elles devront être remises, *libres de tout port,* chez le docteur Cunier, à Bruxelles, avant le 1er juillet 1846.

Les mémoires pourront être écrits en français, en latin, en flamand ou en hollandais.

Les concurrents qui se feraient connaître d'une façon quelconque seront exclus du concours.

Les manuscrits jugés dignes d'un prix restent la propriété du journal.

CHRONIQUE.

MADRID. — On lit dans le *Boletin de Medicina, Cirurjia y Farmacia*, du 28 septembre : « Pendant les mois de mai et de juin passés, il a été pratiqué dans les hôpitaux généraux de Madrid une opération de pupille artificielle et 43 extractions de cataracte. La pupille artificielle a fourni un résultat heureux. 33 extractions, dont 1 pratiquée sur les deux yeux, ont été suivies de succès ; des circonstances particulières, dont il ne peut être ici question, ont déterminé, dans 5 cas, la perte de l'organe ; 4 n'ont rétabli qu'une vue confuse ; 1 a donné naissance à des accidents qui ont produit l'occlusion de la pupille. Nous ne pensons pas qu'aucun hôpital étranger puisse citer un exemple de pratique plus heureuse. »

— On lit dans le dernier n° de la *Gaceta medica* :

« La seconde session académique du corps de santé militaire a été tenue le 10 septembre, sous la présidence de l'inspecteur de médecine et de chirurgie, M. Ramon Capdevila. Le premier adjudant, M. Matias Nieto, y a lu un mémoire sur l'ophthalmie militaire. Il a jeté un coup d'œil rapide sur l'histoire des maladies des yeux en général, et s'est occupé en particulier de celle de l'ophthalmie égyptienne ou militaire ; sa conclusion a été que cette dernière affection était à peine connue *(apenas era conocida)* avant l'expédition des Français en Egypte. Après avoir exposé les principes de la classification des ophthalmies selon les écoles allemande et française, il s'est occupé du diagnostic, de la nature et des causes de la maladie, manifestant parfois ses propres opinions (*manifestando en algunos puntos sus opiniones proprias*). Il s'est rallié à l'opinion de ceux qui supposent (*de los que suponen*) que l'ophthalmie égyptienne est contagieuse dans des circonstances déterminées ; enfin il a dit quelques mots de la méthode curative, en insistant sur l'efficacité de la cautérisation avec le nitrate d'argent dans les cas graves.

« Cette lecture terminée, MM. J. Serra, N. Oliveras et J. Forn, ont produit quelques observations, toutes très-opportunes, sur la méthode curative et le caractère contagieux du mal. Après que l'auteur du mémoire leur eut répondu, le sous-inspecteur du district, M. N. Briz, a rapporté quelques faits tirés de sa pratique, à l'aide desquels il a cherché à établir l'influence de l'air chargé des émanations de la mer sur la production des ophthalmies épidémiques ; il s'est livré, à ce propos, à quelques réflexions aussi opportunes qu'exactes. »

Il est à regretter que M. Nieto, écrivant dans un journal qu'il dirige, se soit montré aussi avare de détails ; l'analyse qu'il donne de son mémoire nous laisse ignorer si l'ophthalmie égyptienne règne dans l'armée espagnole, quelle a été l'époque de son invasion, quels sont les symptômes qu'elle affecte, etc. En fournissant ces renseignements, M. Nieto ferait chose dont la littérature oculistique lui saurait le plus grand gré.

Paris. — M. le docteur Sichel publie dans le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* un article qu'il fait précéder des lignes suivantes, que nous nous empressons de reproduire :

« L'école allemande, qui a beaucoup fait pour l'étude des maladies des yeux, s'est vu souvent adresser le reproche de trop subtiliser, et surtout de se complaire dans des subdivisions trop minutieuses des affections de l'organe visuel. Que ce reproche soit fondé ou non, s'il doit tomber sur quelqu'un, ce n'est assurément pas sur moi, qui, reçu d'abord à Berlin, suis venu prendre de nouveau mon titre de docteur à la Faculté de Paris, et en ai longtemps suivi les cliniques avant et après ma réception. Par ma position toute particulière, je me suis trouvé à même de comparer et plus d'une fois de concilier sur bien des points les opinions des deux écoles, dont chacune offre des points où elle excelle et d'autres où elle donne prise aux attaques.

« En me posant comme le défenseur exclusif, le propagateur juré des idées allemandes, on m'a fait en outre un crime d'avoir dit que, dans le siècle actuel, l'ophthalmologie avait été négligée en France, et l'on s'est bien gardé de mentionner que j'ai toujours rendu à ce pays le glorieux témoignage d'avoir été le premier berceau de cette doctrine.

« Chose fort singulière ! par qui ces reproches me sont-ils adressés ? Par plusieurs personnes, entre autres, qui, bien que résidant en France depuis

	En 1841	En 1843
Report,	41	31
Par suite de rougeole,	3	3
» de cataracte congénitale,	3	3
» d'amaurose,	10	9
» de causes inconnues,	10	9
Totaux.	67	55

Bruxelles.— L'Académie royale de médecine de Belgique a tenu, le 26 octobre, sa séance publique annuelle. L'assistance était nombreuse et brillante.

Après le compte-rendu des travaux de l'année, lu par le secrétaire, M. Sauveur, le professeur de La Vacherie a donné lecture d'un mémoire sur les progrès de la chirurgie au xixe siècle. Nous espérons qu'avant de livrer son travail à l'impression, notre confrère liégeois complètera son historique sous le rapport ophthalmologique : il a de nombreuses et importantes omissions à réparer.

M. de Meersman, de Bruges, a fait l'éloge de Palfyn ; écrite avec élégance et vigueur, cette notice a été écoutée avec le plus vif intérêt.

La cérémonie s'est terminée par la proclamation du nom des lauréats de l'année ; des médailles d'or ont été décernées à M. Decondé, notre collaborateur, et à M. Brasseur, de Genappe, pour leur réponse à la question relative à l'influence des marais et des polders sur la santé, et à M. de Bruyn, de St-Trond, pour son mémoire sur la chlorose.

MM. Brasseur et de Bruyn, présents à la séance, ont reçu leur médaille des mains de M. le ministre de l'intérieur.

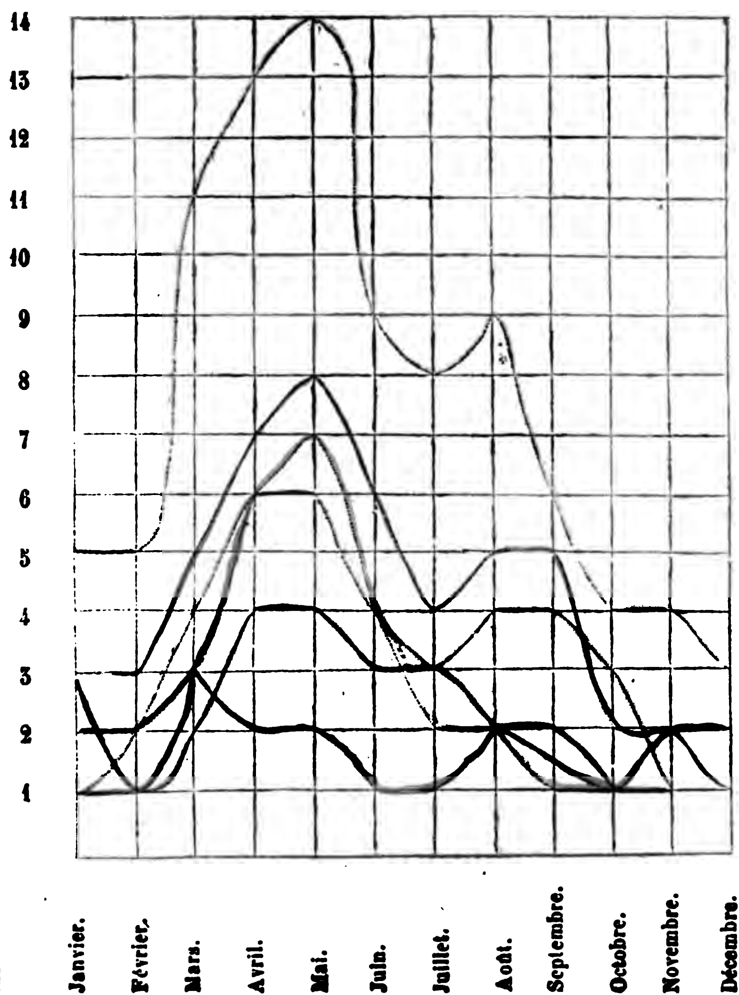
L'Académie n'a point fait cette année de nomination de correspondants; elle s'est bornée à conférer le titre de membre *honoraire* à six de ses correspondants : MM. Andral, Burdach, Müller, Nasse, Fréd. Jaeger, et Von Siebold (de Leyde).

Le soir un banquet a réuni les membres de la compagnie. M. le ministre de l'intérieur, qui y assistait, a fait entendre des paroles qui témoignent de sa vive sollicitude pour le progrès de la science médicale, et pour l'honneur et la considération de la profession.

— Notre estimable et actif collaborateur, M. le docteur Decondé, médecin de régiment au 6e de ligne, vient d'être nommé chevalier de l'ordre militaire Léopold.— Lauréat de l'Académie royale de médecine, couronné il y a quatre ans par la Société des sciences médicales de Bruxelles, pour son mémoire sur l'ophthalmie de l'armée, auteur de nombreux travaux justement estimés sur les maladies des yeux et sur divers sujets importants de médecine et de chirurgie, serviteur zélé, M. Decondé reçoit une récompense dont il pourra se montrer fier.

— Nous reprendrons dans notre prochain numéro la publication du mémoire de M. Sichel sur les lunettes.

—


LÉGENDE.
: ophthalmie scrofuleuse.
: » » pure.
: » scrofuloso-rhumatismale.
: » » catarrhale.
: » rhumatismale.
: » catarrhale.
14
13
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
Janvier.
Février.
Mars.
Avril.
Mai.
Juin.
Juillet.
Août.
Septembre.
Octobre.
Novembre.
Décembre.

		L'ulcéra … l'exercice de la vi-
		y avait … quée avec un résul-
		l'iris che …
		Rhumat … es malades, c'étaient
		» … ui s'étaient fixés dans
		» … la fenaison; ils ont
		Tous sou …
» rhumatismale.	43	Chez … s.
		moins g … Bruxelles : 1 en 1844,
		ment co …
» puerpérale.	1	L'œil ga … ée.
		L'œil … Chez plus de 50 de
		chez 4 d … it altérée au point de
» des nourrices.	19	servé de … ibilité de travailler.
		cée dans … ris à Bruxelles. Un
		3 dans c … bornés à un œil ont
» morbilleuse.	3	3 filles d … de la médication qui
» scarlatineuse.	1	1 fille d …
		Affecti … ces malades figurent
» psorique.	1	pliquée … yant souffert d'oph-
		jambes. … nt qu'ils servaient, et
» des vidangeurs.	3	Affecti … pu constater comme
		tement … mmuniquée, soit par
Descemétite.	11	10 scrof … it par des personnes
Iritis rhumatismale.	1	Affecti …
		déjà pro … e avait agi 16 fois
		Le m … male 8 fois. 27 com-
		seul œil …
» arthritique.	7	miers e …
		ou moin … leuse combinée avec
		Ont é … rrhe (13).
» syphilitique.	5	gratuite … us.
		… scrofuleuse.
		L'affe … des armées.
		staté ch … des nouveau-nés.
Choroïdite.	18	cation … catarrhale.
		Chez 5, … gonorrhoïque.
		La vi … ite vérole.
		19, d'un … l'organe chez tous.
Glaucôme.	37	tait déj … scrofuleuse.
		niers, … des nouveau-nés.
		aveugles … des armées.
Synchisis du corps vitré.	3	Cas incu … traumatique.
Hémophthalmie externe.	2	Suite de … gonorrhoïque.
		Dont … etite vérole.
		dessus … uleuse mixte (rh.).
Amaurose.	58	turnines … des armées.
		peu d'es … rhumatismale.
Asthénopie.	29	La ma … . Affection irremé-
		dentelli …
		Suite … ite de variole.
Diplopie.	3	botomie … d'oph. des armées.
		D'un … » rhumatism.
		était la … » gonorrh.
		jumeau … » scr., 7 avec cat.
		tement … d'op. de cataracte.
Mydriase.	8	Bruxell … te de variole.
		guérie … d'opht. des armées.
		la prése … » rhumatism.
		fection … » gonorrh.
		deux au … » traumatique
		2 cas … » scrofuleuse.
Paralysie de la 3e paire.	3	à Brux …
		Abrêu, …
		de couc …
A reporter.	942	… stitut ophthalmique,
		… r Cunier.

		L'ulcéra l'exercice de la vi- y avait p quée avec un résul- l'iris che
» rhumatismale.	43	Rhumatc es malades, c'étaient » ui s'étaient fixés dans » la fenaison ; ils ont Tous sou Chez s. moins g Bruxelles : 1 en 1844, ment co
» puerpérale.	1	L'œil ga ée.
» des nourrices.	19	L œil . Chez plus de 50 de chez 4 d t altérée au point de servé de ibilité de travailler. cée dans ris à Bruxelles. Un 3 dans c bornés à un œil ont
» morbilleuse.	3	3 filles d de la médication qui
» scarlatineuse.	1	1 fille d
» psorique.	1	Affecti ces malades figurent pliquée yant souffert d'oph- jambes. nt qu'ils servaient, et
» des vidangeurs.	3	Affecti pu constater comme tement a mmuniquée, soit par
Descemétite.	11	10 scrof it par des personnes
Iritis rhumatismale.	1	Affecti déjà pro e avait agi 16 fois
» arthritique.	7	Le ma male 8 fois. 27 com- seul œil miers e ou moin uleuse combinée avec
» syphilitique.	5	Ont é arrhe (13). gratuite ous.
Choroïdite.	18	scrofuleuse. L'affe des armées. staté ch des nouveau-nés. cation c catarrhale. Chez 5, gonorrhoïque.
Glaucôme.	37	La vi ite vérole. 19, d'un l'organe chez tous. tait déj . scrofuleuse. niers , des nouveau-nés. aveugles des armées.
Synchisis du corps vitré.	3	Cas incu traumatique.
Hémophthalmie externe.	2	Suite de gonorrhoïque.
Amaurose.	58	Dont petite vérole. dessus fuleuse mixte (rh.). turnines des armées. peu d'es rhumatismale.
Asthénopie.	29	La ma x. Affection irremé- dentelli
Diplopie.	3	Suite ite de variole. botomie » d'oph. des armées.
Mydriase.	5	D'un s » rhumatism. était la » » gonorrh. jumeau » » scr., 7 avec cat. tement » d'op. de cataracte. Bruxell ite de variole. guérie p » d'opht. des armées. la prése » » rhumatism. fection » » gonorrh. deux au » » traumatique 2 cas » » scrofuleuse.
Paralysie de la 3e paire.	3	à Bruxe Abrêu, de couc
A reporter.	942	stitut ophthalmique, r Cunier.

ui se sont présentés aux visites dans ince de Brabant, en 1844.

...NATION DES ...LADIES.	NOMBRE DES MALADES.	OBSERVATIONS.
Report.	942	
	3	Congénital.
...ergent.	95	Dont 27 doubles. 38 de ces malades ont été opérés, 23 d'un œil, 15 des deux yeux. 10 de ces opérations ont eu lieu à Bruxelles.
...rgent.	6	4 de ces malades ont été opérés.
	110	8 congénitales. Complète d'un côté chez 23 » des deux côtés chez 19 Complète d'un côté, au début de l'autre, chez 26 » » avancée de l'autre, chez 10 Au début des deux côtés chez 17 » d'un seul côté chez 15
...ılaire secondaire.	5	Des deux yeux chez 3, d'un œil chez 2
...e du cristallin.	1	Siégeant dans la chambre antérieure: le malade voyait bien de l'autre œil, et n'a pas voulu se soumettre à l'opération.
...rnée.	33	Suite d'ophthalmie scrofuleuse dans 20 cas. — des nouveau-nés, 6 fois; traumatique 3 fois ; rhumatismale 2 fois; de petite vérole, 2 fois. 21 de ces taches siégeaient aux deux yeux.
	32	Suite d'ophthalmie scrofuleuse, chez 10 » » des nouveau-nés, » 3 » » des armées, » 6 » » vénérienne, » 3 » » rhumatismale, » 5 » de petite vérole, » 2 » de blessures, » 3 23 fois l'albugo siégeait aux deux yeux.
...échie antérieure.	28	Suite d'oph. scroful. dans 12 cas (2 des 2 yeux). » » des nouveau-nés, 1 fois (des 2 yeux). » » rhumatismale, 3 fois (2 des 2 yeux). » » des armées, 6 fois (des 2 yeux). » » traumatique, 4 fois (des 2 yeux). » de petite vérole, 2 fois (1 des 2 yeux).
id. id. et ...occlusion pupillaire.	37	Dans 19 cas suite d'ophth. scrofuleuse. » 3 » » » des nouveau-nés. » 5 » » » des armées. » 2 » » » vénérienne. » 3 » » » traumatique. » 2 » » » rhumatismale. » 1 » » » de petite vérole. » 2 » causes inconnues.
...laire.	37	Cécité dans 24 cas. Chez 16 suite d'ophthalmie scrofuleuse. » 2 » » syphilitique. » 8 » » rhumatismale. » 9 » » arthritique. » 2 cause non relatée.
...ans la cornée.	43	Survenues chez 37 pendant le cours d'une kératite scrofuleuse ulcérée traitée par des collyres mal préparés ou mal formulés. Dans 19 cas où ces incrustations apportaient

ÉTAT N° 4. Répartition *des ophthalmies pures et mixtes comprises dans l'état n° 1.*

DÉSIGNATION DES OPHTHALMIES.	Chiffre total.	DÉSIGNATION des *combinaisons ou complications.*	NOMBRE.	TOTAL DES ophth. MIXTES.	TOTAL DES ophth. PURES.
Opht. scrofuleuse.	103	Scrofuloso-rhumatismale	41	80	23
		« catarrhale	25		
		« syphilitique	4		
		« arthritique	10		
« catarrhale.	54	Catarrho-scrofuleuse	19	37	17
		« rhumatismale	16		
		« syphilitique	1		
		« arthritique	1		
« rhumatismale.	34	Rhumato-scrofuleuse	10	30	4
		« catarrhale	18		
		« syphilitique	1		
		« arthritique	1		
« gonorrhoïque.	9	Avec combin. scrofuloso-arthr.	8	8	1
« des armées.	18	« « scrofuleuse	5	14	4
		« « rhumatismale	6		
		« « arthritique	2		
		« « syphilitique	1		
« des nouveau-nés.	10		»		10
« des nourrices.	3		»		3
				169	62
	231			231	

ÉTAT N° 5. Répartition *des ophthalmies pures et mixtes comprises dans l'état n° 3.*

DÉSIGNATION DES OPHTHALMIES.	Chiffre total.	DÉSIGNATION des *combinaisons ou complications.*	NOMBRE.	TOTAL DES ophth. MIXTES.	TOTAL DES ophth. PURES.
Opht. scrofuleuse.	267	Scrofuloso-rhumatismale	123	221	46
		« catarrhale	75		
		« syphilitique	9		
		« arthritique	14		
« catarrhale.	98	Catarrho- scrofuleuse	38	69	29
		« rhumatismale	27		
		« arthritique	4		
« rhumatismale.	43	Rhumato- scrofuleuse	10	34	9
		« catarrhale	22		
		« syphilitique	2		
« des armées.	28	Avec combin. scrofuleuse.	3	16	12
		« « rhumatismale	7		
		« « syphilitique	1		
		« « arthritique	5		
« gonorrhoïque.	10	« « scrofuleuse	6	10	»
		« « scrof.-arthr.	4		
« des nouveau-nés.	4	« « syphilitique	1	1	3
« puerpérale.	1		»	»	1
« des nourrices.	19		»	»	19
« morbilleuse.	3		»	»	3
« scarlatineuse.	1		»	»	1
« psorique.	1		»	»	1
« des vidangeurs.	3		»	»	3
	47			351	127
				478	

ANNALES

D'OCULISTIQUE.

Tome XIV. — 2e série. Tome 2me. — 5me livraison.
NOVEMBRE 1845.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DES LUNETTES ET DES ÉTATS PATHOLOGIQUES CONSÉCUTIFS A LEUR USAGE IRRATIONNEL;

Par le docteur SICHEL.

Leçons cliniques recueillies par le docteur DESSOT.

(SUITE. Voir vol. XIII, pp. 5-49-109-169, et vol. XIV, p. 3.)

§ XXV. a. *De la myopie acquise* ou *presbytie changée en myopie.* — Comme le presbyte ne peut se livrer à son travail qu'en contraignant l'organe à agir à une distance focale trop courte, on conçoit facilement que le travail assidu, dans ces conditions, doit finir par lui faire perdre la faculté d'accommoder sa vue pour la perception nette des objets plus éloignés, et raccourcir son foyer naturel jusqu'à lui faire contracter une myopie secondaire. Par le seul fait de la continuation des occupations qui ont amené ce changement, cette myopie acquise tend à augmenter toujours, et souvent les circonstances viennent y aider encore; car, dans l'ignorance de la cause qui l'a déterminée, et pour parer à cette gêne dans le travail, on conseille au malade de porter des verres concaves dont l'usage ne peut et ne fait qu'aggraver son état. La myopie acquise a ses différents degrés et présente diverses variétés : chacune d'elles exige qu'on apporte quelques modifications au traitement.

§ XXV. b. Première variété. — *Myopie acquise simple, sans faiblesse de la vision.* — Au commencement, la myopie est plutôt apparente que réelle : c'est une vue longue qui a été forcée de s'ac-

commoder peu à peu à des distances trop petites. La vue du malade se raccourcit lentement et insensiblement. Il sent, ou les personnes qui l'entourent s'aperçoivent enfin qu'il devient myope, c'est-à-dire qu'il est forcé de placer les objets de plus en plus près lors du travail. Toutefois, sa vue ne perd pas d'abord, ou au moins ne perd pas au même degré pour les gros objets distants ; mais peu à peu il ressent également une diminution de la portée de la vision pour les objets grands et distants, qui s'entourent d'un nuage, perdent leur netteté, et ne sont bien reconnus que lorsqu'il s'en approche bien au delà de ce qu'il avait l'habitude de faire. Plus cet état dure, et plus il est forcé de se placer près des objets pour les voir, quelles qu'en soient les dimensions et les distances. Dans le commencement, les lunettes concaves lui rendent les objets distants plus petits et plus troubles, et lui produisent une sensation de gêne et d'éblouissement ; des verres convexes, au contraire, modérément forts, lui facilitent la lecture et l'écriture, tout en lui permettant de se placer à peu près comme à l'œil nu. Lorsque l'affection est plus avancée, l'état des choses change : il ne peut plus lire ni écrire à l'aide de lunettes convexes qu'en se baissant beaucoup ; en revanche, il commence à bien mieux distinguer les objets distants avec des verres concaves modérément forts, qui ne rapetissent plus les objets : il est devenu myope. D'ordinaire, ces changements ont lieu très-lentement et sur des personnes qui, sans travailler trop assidument, ont seulement la mauvaise habitude de trop rapprocher les objets. C'est là la myopie acquise dans son état de simplicité. Son développement, d'ordinaire très-lent, est souvent obscur dans sa marche ; cependant on peut quelquefois le suivre aussi clairement que nous venons de le décrire. Cette affection et la manière dont elle se développe fournissent une des preuves les plus concluantes de l'existence de la faculté d'accommodation ; la seule structure du cristallin ne peut nullement l'expliquer.

Nous avons déjà dit qu'un nombre considérable de myopes, peut-être la grande majorité, ne le sont devenus que de cette manière. Chez les enfants surtout, cette myopie acquise survient très-fréquemment, et en général lentement, par la mauvaise habitude qu'ils contractent si facilement de se baisser outre mesure sur leur travail, habitude qu'il est important et facile de prévenir avec un peu d'attention et de sévérité.

Dans cette forme de la myopie acquise, l'organe immédiat de la vision conserve d'ailleurs toutes ses conditions normales, pourvu

que les objets soient placés à la distance voulue : la vision n'a rien perdu de sa netteté. Une fois la myopie bien confirmée, le travail peut être prolongé sans fatigue autant qu'avant le développement de l'affection.

Traitement. — Lorsque la maladie n'est ni très-ancienne ni très-développée, il suffit, pour l'enrayer, ou même lui imprimer une marche rétrograde, de faire éloigner peu à peu les objets et d'exercer beaucoup la vue sur des objets distants, d'après les règles que nous établirons en parlant de la myopie en général ; seulement une surveillance plus sévère est nécessaire ici. Le travail doit être interrompu très-fréquemment, et ces intervalles doivent être employés à porter les regards sur des objets distants et à fomenter les yeux avec de l'eau fraîche. Employé de bonne heure et continué assez longtemps avec persévérance, surtout chez des sujets encore jeunes, ce traitement fort simple suffit pour obtenir la guérison complète et radicale, et ramener la vision à son foyer primitif. Les liniments spiritueux, les excitants, les vésicatoires volants, etc., sont inutiles, tant que l'affection n'est pas compliquée d'affaiblissement de la vision. L'usage des lunettes concaves doit être interdit de la manière la plus rigoureuse ; elles fixent définitivement la myopie et la rendent incurable. L'emploi des verres convexes doit également être évité lorsqu'il n'y a pas complication d'amblyopie, et surtout lorsqu'il s'agit d'individus jeunes et dont la presbytie, avant l'altération du foyer de l'œil, n'a pas été excessive. Je n'ai jamais observé une complication de congestion sanguine ; je ne me rappelle pas non plus avoir eu occasion d'observer des cas de presbytie changée soudainement en myopie, soit par des maladies aiguës, soit par d'autres causes. Des tumeurs développées dans l'orbite et dans les sinus pourraient convertir la presbytie en myopie; ce qui peut encore servir à expliquer la faculté d'ajustement de l'œil aux distances diverses.

§ XXV. c. *Du retour spontané de la faculté de travailler sans lunettes convexes.* — Cette variété de la myopie acquise me semble fournir l'explication d'un phénomène curieux dont il a été fait mention par plusieurs auteurs.

Il arrive quelquefois que des personnes presbytes, qui se sont servies pendant longtemps de verres convexes, ont recouvré, à un âge avancé, la faculté de lire et d'écrire sans lunettes. Le fait est rapporté par plusieurs auteurs, et je l'ai moi-même observé plus d'une fois.

Personne jusqu'ici n'en a donné l'explication. Ceux qui en ont parlé l'ont regardé comme un phénomène physiologique dépendant,

soit du retour du pouvoir d'accommodation perdu, soit d'un changement spontané de la portée visuelle. Tout ce que j'en ai vu jusqu'à présent me force au contraire à croire qu'il s'agit ici d'un symptôme pathologique, savoir : d'un raccourcissement du foyer visuel produit par l'usage de lunettes convexes trop fortes. Voici ce qui a lieu, selon moi, dans ces cas : Les personnes qui se sont servies longtemps de verres convexes d'une courbure considérable sont forcées, non-seulement pendant leur usage et quand elles veulent s'en passer pour travailler, de rapprocher beaucoup les objets, mais encore, dans un grand nombre de cas, comme nous l'avons exposé dans un § précédent, d'employer des lunettes concaves pour voir de loin, par la raison que la portée de leur vision pour les grandes distances a insensiblement et quelquefois même notablement diminué. Elles sont donc devenues myopes à un certain degré. Il arrive même, lorsque les lunettes ont été très-fortes, que cette espèce de myopie acquise devient plus prononcée et sensible même pour les petites distances, et que les malades commencent à pouvoir lire sans lunettes, *mais sous condition de rapprocher beaucoup les objets*, circonstance qui semble avoir échappé aux auteurs qui en ont parlé avant moi, mais que j'ai trouvée constante dans toutes les observations semblables que j'ai pu faire. Il y a plus : au bout de quelque temps, ou parfois même dès le principe, les personnes dont il s'agit remarquent qu'elles voient moins bien de loin qu'autrefois, et qu'elles ont besoin de recourir à l'usage de verres concaves pour distinguer nettement les objets distants. Le dernier cas de cette nature que j'ai vu, et dont j'ai pris note exacte, va servir à mieux mettre dans leur jour toutes les circonstances que je viens de signaler.

Une dame de 60 ans environ, presbyte, ayant toute sa vie beaucoup lu et écrit, emploie depuis longtemps des verres convexes. S'étant servie, dès le début, d'un numéro assez fort, elle était bientôt parvenue à employer habituellement le n° 12, lorsque, il y a six mois à peu près, elle s'aperçut qu'elle pouvait lire sans lunettes en plaçant le livre à environ quinze centimètres (un demi-pied) de ses yeux; mais, vers la même époque, elle sentit le besoin de se servir de lunettes pour voir de loin, lunettes que l'inspection faite m'a montré être le n° 14 *concave*. Chez cette malade, qui porte une cataracte lenticulaire presque complète de l'œil gauche, il s'est formé depuis quelque temps un commencement d'opacité du cristallin droit, qui, en troublant la vision, rendit impossible la lecture à l'œil nu et força la malade à avoir recours de nouveau à l'usage de lunettes. Cette fois,

son choix, s'arrêta sur le n° 48 convexe, à l'aide duquel elle pouvait lire couramment. Cette faculté cependant, à son grand regret, se perdit de nouveau il y a quelques mois. Consulté à la fin de septembre 1845, je trouvai que madame R... commençait à reconnaître un caractère moyen avec le n° 24 convexe et le lisait assez facilement avec un n° 20 ou 18. Les changements qui eurent successivement lieu dans la portée de la vue de cette dame nous semblent expliquer parfaitement le phénomène qui nous occupe. L'usage de lunettes trop fortes (n° 12), en forçant de trop rapprocher les objets, avait produit un certain degré de myopie acquise bien constatée par la nécessité de l'usage d'un n° 14 concave pour voir de loin, circonstance qui devait augmenter la myopie, sinon la rendre définitive. Grâce à cette myopie, la malade commença à lire sans lunettes, mais, remarquons-le bien, non à la distance qui lui avait été habituelle avant l'usage de lunettes de presbyte, au contraire, en rapprochant beaucoup les objets, comme le font les myopes. Survint une cataracte commençante : la vue se brouillait ; comme d'ordinaire dans les cataractes commençantes, les lunettes convexes lui rendaient un peu plus de netteté. Déshabituée des verres n° 12 auxquels elle avait artificiellement et insensiblement ajusté sa vision, la malade put utilement employer pendant quelque temps le n° 48, dont le pouvoir réfringent était mieux en proportion avec son foyer primitif. Avec les progrès de la cataracte toutefois, le numéro des verres devait être abaissé : la malade ne l'ayant pas fait successivement, et ayant renoncé pendant quelque temps à la lecture, fut forcée, au bout de quelques mois, d'y substituer le n° 20 ou 18. Ce qu'il y a de plus remarquable dans cette observation, et ce qui prouve bien que l'explication donnée par moi du retour de la vision à l'œil nu est réellement fondée, c'est que madame R..., malgré l'usage de ces verres convexes très-forts, n'y voit bien de loin qu'avec son n° 14 concave, numéro qu'on ne réussira probablement pas à lui faire abandonner.

Jusqu'à preuve contraire, il reste donc constant pour moi que les presbytes, accoutumés depuis longtemps à l'emploi de lunettes convexes, ne peuvent s'en passer que lorsqu'ils sont devenus plus ou moins myopes, soit par l'usage de numéros trop forts, soit par l'habitude de trop rapprocher les objets, soit enfin pour s'être servis mal à propos de verres convexes ou concaves afin de voir plus nettement les objets distants.

(La deuxième partie incessamment.)

CONSIDÉRATIONS SUR LE GLAUCÔME ;

Par le docteur Rigler, médecin en chef de la Garde du Sultan, médecin de régiment autrichien, détaché au service de la Sublime Porte, etc., à Constantinople.

Mémoire qui a reçu une mention honorable au concours des Annales d'Oculistique, *pour* 1841-42.

Traduit de l'allemand, sur le manuscrit de l'auteur,

Par Ch. J. De Moor, docteur en médecine, chirurgie et accouchements, etc., à Alost.

(Suite. Voir notre livraison de septembre.)

B. *Causes occasionnelles.*

I. Tout ce qui excite fortement les organes digestifs, comme une nourriture lourde et épicée, les purgatifs drastiques, et surtout l'aloès, qui agit si puissamment sur le plexus hépatique, l'abus des boissons alcooliques et même les excès vénériens.

II. La suppression de la *perspiration* cutanée et pulmonaire par une vie sédentaire, le séjour dans une atmosphère corrompue, malsaine, les refroidissements, la suppression de la sécrétion de la peau.

III. Les fréquentes atteintes de rhumatisme.— Depuis longtemps une certaine parenté avait été observée entre le rhumatisme et le processus morbide arthritique, qu'on regarde, de nos jours, comme identiques sous plusieurs rapports. Ce n'est point ici le lieu de combattre ou de défendre cette opinion ; il nous suffit de faire observer que les yeux qui sont fréquemment atteints d'affections de formes dites rhumatismales sont les plus disposés au glaucôme dans la période de révolution. La nature goutteuse du glaucôme se révèle en outre par les dérangements abdominaux de toutes sortes qui se manifestent plusieurs années avant l'explosion de la maladie, tels que : inappétence, sentiment de gêne, de pression, de pesanteur, de plénitude dans le bas-ventre, ballonnement, flatulences, constipation, et en outre par le rapport intime qui existe entre l'acuité du mal et l'état morbide général, car la fièvre se développe presque en même temps que la souffrance locale qui, à cause de l'importance de l'organe malade, est en raison de la fièvre, prenant la forme d'une affection rémittente, ayant ses exacerbations vers la nuit, et s'accompagnant de douleurs terribles qui enlèvent au malade jusqu'à l'espoir de pouvoir récupérer la vue; accidents dont il comprend la

portée au point de ne réclamer que du soulagement à ses maux! La qualité des matières excrétées par l'urine et la sueur ne doit point être oubliée. Les vaisseaux veineux de la conjonctive, la coloration grise-verdâtre de l'iris, ainsi que le caractère vert des milieux, ne peuvent point suffire pour constater la nature arthritique, puisque de semblables vaisseaux apparaissent dans plusieurs autres maladies oculaires, puisque la teinte verte s'observe aussi dans l'iritis syphilitique, et que l'aspect vert des milieux, loin de pouvoir être pris en considération, doit au contraire être envisagé comme une illusion optique.

Il n'est pas un homme expert en ophthalmologie qui n'ait observé plusieurs glaucômes dans lesquels l'investigation la plus attentive des signes commémoratifs n'ait rien révélé qui dénotât une souffrance goutteuse, envisagée dans le sens précédemment exprimé. Sa nature spécifique ne pourra cependant jamais être l'objet d'un doute, et la maladie sera considérée comme rhumatismale (d'après sa cause, ses phénomènes et sa marche). L'exposition que nous trouvons, dans les ophthalmologues, des symptômes de la phlegmasie rhumatismale de la portion postérieure du globe de l'œil concorde avec la symptomatologie rapportée à l'inflammation glaucômateuse ; nouvelle preuve qu'il existe, comme nous l'avons dit plus haut, une grande affinité entre le rhumatisme et la goutte : et il est assez vraisemblable que nous pouvons nous attendre, dans un avenir plus ou moins éloigné, à une réforme notable en oculistique, sous le rapport de ces deux formes morbides ; à tel point que, d'après ma manière de voir, les formes *rhumatismale*, *goutteuse* et *hémorrhoïdaire* devront ne plus être envisagées comme des affections distinctes, mais bien comme des anneaux d'une même chaîne, qui, obéissant à une altération essentielle, agissent en premier lieu par leur extension, ainsi que par leur haut degré de développement, en troublant les fonctions fondamentales de la vie, élisent ainsi leur siége respectif, et donnent lieu à de véritables formes protéïques.

Canstatt et Mackenzie (*loc. cit.*) attribuent la teinte verte à cette circonstance, que la choroïde, qualitativement changée, devient visible à travers la rétine, le corps vitré et la lentille ; la couleur actuellement bleuâtre d'une membrane artérielle ainsi changée, vue à travers les milieux jaunâtres, doit apparaître verte. Cette transformation s'explique, selon eux, par les lois du mélange des couleurs : cela n'est cependant pas exact, car, par exemple, quand deux verres, dont l'antérieur contient un liquide jaunâtre et l'autre un bleuâtre,

donnent une couleur réellement verdâtre au centre, à la lumière qui les traverse, la périphérie offre néanmoins une teinte vraiment double : l'œil distingue le liquide jaune, et à travers celui-ci le bleu, quand la teinte n'est pas trop saturée ; ce qui ne peut pas être quand on veut établir une analogie en comparaison avec les nuances dans l'œil. A la lumière réfléchie (nous ne pouvons en parler, que lorsque nous apercevons les parties dans l'intérieur de l'œil), on distingue entièrement un verre à travers l'autre, et il ne se fait point d'illusion de couleur ; et quand il s'en présente une, elle n'est d'aucune valeur pour la rétine et le cerveau, puisque nous apercevons encore ces couleurs, c'est-à-dire que nous sommes en état de conserver l'impression de ces couleurs même longtemps après en avoir éloigné l'objet, et de nous rappeler les plus belles nuances de chacune d'elles, c'est-à-dire de nous les représenter à l'œil interne. Mais l'impression de plusieurs couleurs ne se mélange jamais dans le cerveau, comme sur la pierre ; les physiologistes ont, au contraire, depuis longtemps déjà constaté que de pareilles images restent libres de couleurs intermédiaires troubles, et s'effacent comme si elles se présentaient isolément aux sens.

Mais supposons que les couleurs se mêlent dans la perception, et qu'elles produisent une couleur intermédiaire, cela ne peut se faire que par des faisceaux de lumière perçus en même temps ; de sorte que ceci ne dépend point d'organes posés à la suite les uns des autres, tels que la choroïde, le corps vitré et la lentille. L'explication deviendrait plus vraisemblable par la réflexion de la lumière. La lumière qui entre dans l'œil malade se trouve anormalement brisée dans les milieux altérés, décomposée en partie et réfléchie de tous côtés ; mais comme ceci s'opère bien peu au-dehors, il en résulte que nous ne connaissons par la véritable couleur des milieux. La lumière frappe une rétine malade incapable de percevoir ; le reste serait absorbé par le pigment, et c'est à cause de cet usage qu'il est teint en noir : ce pigment malade, bleuâtre-brun, décompose la lumière au lieu de l'absorber, réfléchit les rayons bleus, et n'absorbe que les complémentaires ; ceux qui sont rejetés de tous les côtés se rencontrent nécessairement dans un espace qui se soustrait à nos regards avec les rayons lumineux jaunes réfléchis par le corps vitré et la lentille, et par leur composition colorent les milieux en vert. Comme ces conditions énoncées se passent toujours en premier lieu dans le corps vitré, pendant que la lentille conserve encore sa vie propre, le trouble se trouve ainsi très-profond au début ; et parce

que l'altération du pigment est encore moins prononcée, le trouble affecte une teinte grise-verdâtre, jusqu'à ce que, parvenue à son plus haut degré d'intensité, elle s'étende comme nuance caractéristique sur l'ensemble des milieux.

La violence de la douleur qui accompagne le glaucôme trouve son explication dans l'état de souffrance notable du système nerveux qui s'observe dans les affections arthritiques en général.

La diminution, l'abolition complète même de la fonction visuelle qui accompagne le glaucôme, s'explique nécessairement par la nature de la maladie, puisque l'altération primitive et secondaire des parties détermine un dérangement tel du mécanisme de l'œil, qu'on doit considérer la mort du *sensorium* comme une suite inévitable.

Les images lumineuses libres qui accompagnent la douleur et la diminution de la vue trouvent les mêmes explications que celles qui se montrent dans toute ophthalmie idiopathique.

Ce phénomène a la même signification que le bruissement, le bourdonnement en otologie : tous deux, libres et indépendants d'influences extérieures, sont dus à l'afflux du sang dans un organe dont la fonction consiste dans l'admission d'une matière propre qu'il est chargé d'élaborer et de mener jusqu'au *sensorium commune*. On peut considérer l'image lumineuse libre comme un état de la rétine analogue à la douleur des nerfs sensitifs communs : c'est ce qui explique la manifestation de ce symptôme dans toutes les maladies qui se déclarent par un état de souffrance primitive ou secondaire de cet organe. Il existe cependant un éclaircissement critique pour toutes les photopsies : la nuance qui les accompagne établit une différence manifeste entre les inflammations qui surgissent avec prédominance de l'*artérialité* et celles qui, d'après leur développement, leur forme et leur marche, portent avec elles le caractère de la *vénosité*. La rétine se trouve-t-elle activée dans sa vitalité par le processus morbide, indépendamment d'aucune cause externe et en dehors de toute relation avec l'extérieur, l'action pervertie de l'artère et de la veine excite les nerfs à développer spontanément de la lumière qui, dans les inflammations artérielles, est d'une teinte claire, jaune, orange, rouge : dans les congestions veineuses inflammatoires, au contraire, elle est bleue, violette, tirant sur le noirâtre. J'ai constamment trouvé la confirmation de cette remarque. Si on a égard à la fréquence de ce symptôme, à sa nature et à son mode d'origine, c'est-à-dire s'il vient à la suite de commotion, pression, lésion de

l'œil, ou qu'il reconnaît comme causes les états congestifs, l'influence d'une imagination exaltée, l'électricité, on est autorisé, comme le pense Fr. Jaeger, à exprimer qu'il n'y a que les agents principaux, même dans l'état normal de l'œil, qui existent en dehors de nous.

La *forme oblongue des pupilles*, qui se remarque toujours dans le glaucôme, trouve la même explication que les diverses déformations qui s'observent dans les différentes espèces d'iritis.

On ne peut guère admettre que les déformations de la pupille puissent être déterminées aussi invariablement par les changements matériels que tout processus plastique détermine dans l'organe affecté : il paraît bien plus naturel d'admettre que chaque processus inflammatoire du ganglion ciliaire et de l'oculo-moteur, émanant de lui, considéré comme nerf du mouvement, modifié d'une manière spéciale et variée, imprime à l'iris ces mouvements divers; tandis que les exsudations permanentes, qui s'engendrent dans le cours de la maladie, sont en état d'entretenir cette position anormale; qu'elles peuvent aussi se résoudre d'une manière complète ou incomplète, et que la forme et les fonctions de l'iris reprennent alors leur état normal en totalité ou en partie. Dans la maladie dont il est ici question, on trouve en apparence dans l'iris le même état que l'expérience dénote dans la commotion du ganglion ciliaire (paralysie momentanée); la contraction si irrégulière avec introversion du bord pupillaire (*entropium*) nous indique la profonde influence que le processus morbide doit exercer sur les nerfs.

Si on établit un parallèle entre les deux formes arthritiques les plus violentes de l'œil, l'inflammation du globe antérieur et celle du postérieur, tout médecin doit :

1° Avouer la possibilité de différencier les deux formes, car le symptôme qui dessine si distinctement le glaucôme se trouve moins prononcé dans l'iritis : une expansion staphylomateuse s'observe très-rarement; l'iris est tendu, la pupille petite, anguleuse en haut, tiraillée en haut et en dedans, en haut et en dehors; le petit bord est tuméfié; des prolongements vasculaires s'observent au bord pupillaire et s'étendent jusqu'à la capsule, sans que la lentille et le corps vitré aient perdu leur transparence. Ce sont autant de signes différentiels constants qui ne se retrouvent pas dans le glaucôme, dans lequel l'iris est au contraire relâché, la pupille large et ovale, sans trace d'exsudation, avec entropium du bord pupillaire ;

d'ailleurs, la fonction visuelle est complètement abolie dans le dernier, tandis qu'elle n'est que diminuée dans l'autre.

2° La marche de l'iritis est aiguë, la rougeur de l'œil très-marquée ; la douleur, quoique moins vive, revient néanmoins à des intervalles rapprochés ; la photophobie est intense : quant au glaucôme, bien qu'il surgisse quelquefois avec rapidité, il se développe, dans le plus grand nombre des cas, d'une manière lente (torpide), et ne parvient à sa complète évolution qu'après un espace de plusieurs mois.

3° L'iritis est une maladie curable. En ayant égard au degré actuel de l'état morbide, à son caractère, à son extension, à sa nature et à sa complication, on parvient fréquemment à rétablir complètement la vue.

Si le processus glaucômateux est de nature arthritique et déjà avancé dans son évolution, il laisse peu à espérer : des mesures diététiques, prescrites avec discernement, peuvent retarder son développement, ralentir sa marche ; mais il n'est pas possible de prévenir jamais ses terminaisons. Le pronostic est plus favorable quand il est d'une nature rhumatismale. Le malheureux obtient-il, dans le premier cas, une existence exempte de souffrances, l'art aura tout fait pour lui ; car vouloir aller plus loin, faire disparaître les changements matériels existants, c'est ce qui n'a jamais été et ne sera jamais possible.

Si notre science laisse encore beaucoup à désirer, si nos connaissances même sont souvent incertaines à l'égard d'un phénomène qui représente le symptôme objectif, la séméiotique est cependant parvenue à un tel point d'exactitude, qu'elle peut garantir le médecin calme et réfléchi contre des méprises grossières, et le préserver d'erreurs qui ont une influence immense sur le pronostic et la thérapeutique.

Comme, à un examen superficiel d'un œil glaucômateux dans ses diverses périodes de développement, on passe rapidement sur plusieurs des symptômes les plus essentiels, et comme le trouble de la pupille ne permet souvent qu'un jugement partiel, il n'est point rare de confondre le processus glaucômateux avec des états pathologiques de nature différente.

L'absence partielle ou totale de pigment, — les épanchements de lymphe dans la rétine, — l'œil de chat amaurotique, — l'hydropisie aiguë du corps vitré, — la cataracte capsulaire postérieure, — la

cataracte lenticulaire avec ou sans obscurcissement de la capsule antérieure, — l'amaurose,— les obscurcissements centraux de la cornée, permettent d'errer sous certains rapports.

1° *Le manque partiel ou total de pigment* se présente aux sens comme un obscurcissement concave, visible sous tous les rapports, offrant une teinte jaune se nuançant en vert. Cet état était connu de Richter (*Anfangsgründe der Wundarzneikunst*, B. III, cap. XIV, § 423), ainsi que de Beer (*Lehre von den Augenkrankneiten*, Bd. II, p. 495, § 121) ; mais ils l'avaient confondu avec la possibilité de distinguer la rétine, puisque le dernier en avait fait une espèce particulière d'amaurose, sous le nom d'*amblyopia senilis, status exsanguis chorioïdeae, phthisis chorioïdeae.*

Dans une foule d'amauroses, la rétine devient visible sous forme d'un trouble concave, blanchâtre, profondément situé, sans qu'on puisse trouver quelque analogie entre cette espèce d'obscurcissement et les obscurcissements cataracteux et glaucômateux. Dans le manque de pigment, l'obscurcissement visible présente des caractères tout hétérogènes, alors que la faculté visuelle persiste intacte. Relativement à la distinction entre le manque de pigment et l'obscurcissement glaucômateux, il est à remarquer qu'il deviendrait difficile, même pour une personne non exercée, de confondre un changemeut physiologique, basé sur l'inconstance indispensable de la vie, avec une affection aussi profonde, qui envah t l'organisme dans tout son ensemble.

Dans les yeux affectés de manque de pigment, tous les organes peuvent être considérés comme dans leur état normal : l'iris est mobile; l'obscurcissement est profondément situé, concave, d'un gris-jaunâtre, apparaissant traversé par des points foncés ; les individus, même d'un âge adulte ou touchant à la vieillesse, sont bien portants, vigoureux, n'éprouvent, du côté de leur organe visuel, aucune gêne dans l'exécution de leurs occupations ; tandis que les glaucômateux, par les souffrances répétées, se font, de bonne heure, vieux et infirmes, et mènent une existence valétudinaire : l'œil aussi est malade dans sa totalité et privé de son caractère psychique ; le regard est sans éclat, la conjonctive sale, traversée par des vaisseaux variqueux formant un cercle autour de la cornée ; la chambre antérieure est diminuée, l'iris contracté, d'une teinte grise-verdâtre et sans éclat; la pupille large et ovale ; il surgit un obscurcissement régulier, constant, d'un vert de mer plus ou moins

prononcé, du système lenticulaire, et la vision se perd promptement au milieu des douleurs les plus atroces.

2° *L'exsudation de lymphe dans la profondeur de l'œil*, qui se trouve tantôt dans la rétine, tantôt dans le corps vitré (sous forme d'*hydrops acutus corporis vitrei*), peut être confondu avec le glaucôme. La première, c'est-à-dire l'exsudation de lymphe dans la rétine, dans laquelle cette dernière devient visible sous la forme d'un obscurcissement profond, concave, grisâtre, gris-jaunâtre jusqu'au rouge-brun, répandant fréquemment de l'éclat, s'observe souvent; de manière qu'il est en quelque sorte superflu d'indiquer que Mackenzie, Travers et Zimmerman en ont rapporté des exemples. Nous trouvons le plus souvent des influences traumatiques violentes comme causes occasionnelles qui, par des accidents inflammatoires intenses et des changements matériels organiques, déterminent l'atrophie de l'organe. La fonction visuelle est complètement abolie : cet état a reçu la dénomination d'*œil de chat* amaurotique. Quoiqu'on le considère comme le premier degré d'une affection végétative profonde (*carcinoma medullare*) qui détruit progressivement le tissu normal, et ne se termine le plus souvent que par la mort de l'individu, néanmoins il ne faut appliquer le nom d'*œil de chat amaurotique* qu'à cet état morbide de l'œil dans lequel la rétine, en partie déplacée par une masse hétérogène (encéphaloïde), devient visible : bien que conservant ses rapports, elle est déjetée rapidement ou d'une manière lente par les progrès de la métamorphose, et on observe alors l'obscurcissement du corps vitré ainsi que celui de la lentille, l'augmentation du volume du bulbe, la dilatation de la pupille, la résorption de l'iris, la disparition de la chambre antérieure; l'intérieur de l'œil est rempli par le tissu accidentel anormal; la cornée s'obscurcit, se crevasse, et le tissu parasite se développe de plus en plus.

Se méprendre sur le diagnostic, confondre le processus glaucômateux avec l'exsudation lymphatique et l'*œil de chat amaurotique*, deviendra, en effet, chose difficile, pour peu qu'on y prête de l'attention, puisque non-seulement les causes prédisposantes et occasionnelles, mais aussi la nature et le mode de développement, la série des symptômes et leur évolution successive, fournissent quelques données fixes pour reconnaître la maladie. Le glaucôme ne se présente point chez les individus jeunes, tandis qu'ils sont souvent affectés des autres formes dont il vient d'être question. Bien que des glaucômes se développent à la suite d'inflammations trauma-

tiques, celles-ci peuvent donner lieu à un commencement d'encéphaloïde; ce qui, cependant, ne devrait être envisagé que comme une exception, puisque le glaucôme, de même que le carcinôme, prend son origine dans des troubles des fonctions fondamentales de la vie ; ils se manifestent sans qu'on puisse les attribuer à des causes externes, parcourent leurs périodes, et amènent la perte de l'organe; tandis que les exsudats lymphatiques décrits supposent la lésion mécanique la plus violente, par commotion ou par introduction de corps étrangers. L'inflammation est ici la cause efficiente, et le plus souvent l'exophthalmie, affectant une marche excessivement rapide, détruit l'œil en peu de jours. Il en résulte donc que dans le carcinôme occasionné par l'inflammation, la matière se dépose lentement et d'une manière insensible; son volume augmente progressivement, et le mal ne se termine qu'après des mois et même des années.

Quoique le glaucôme affecte une marche lente, l'œil présentait déjà depuis longtemps l'habitus dont il a été fait mention ci-dessus. La formation, l'évolution, le développement complet du processus, ainsi que la cessation de la faculté visuelle, sont des périodes qui, par leur nature, et particulièrement par la douleur, tantôt plus, tantôt moins violente, fournissent un signe certain pour le diagnostic.

Nous trouvons aussi dans l'exsudation lymphatique et dans l'œil de chat amaurotique un changement dans la couleur de l'iris, avec diminution de son éclat. Si l'exsudation est le résultat d'une commotion, et que la pupille soit ovale, on ne pourra jamais confondre l'obscurcissement, qui dans le glaucôme est vert de mer, concave, qui peut aussi devenir convexe dans la suite de la maladie et se rapprocher de la pupille avec l'autre, qui est jaune, jaune-rougeâtre, éclatant, d'autant plus que, dans le cas où il se trouverait très-près de la pupille, le rétrécissement de la chambre antérieure, la kératomalacie commençante dans le cours du carcinôme, la nuance du parasite qui conserve sans cesse sa transparence, la varicosité du bulbe, de même que l'expression *sui generis* de la face dans le cancer, sont autant de signes positifs qui dirigent le médecin.

Les exsudations lymphatiques sont curables, quoique l'organe demeure pour la suite profondément affecté dans sa vie génératrice par la violence du processus inflammatoire. On connaît cependant quelques exemples dans lesquels un traitement rationnel, appliqué avec circonspection et patience, a opéré des guérisons, comme nous en observons tous les jours dans d'autres organes, et où la fonction vi-

suelle se trouve en partie rétablie. Notre thérapeutique n'a pas encore pu arrêter le processus carcinomateux, — et quand il a été guéri, soit par quelque méthode thérapeutique, ou par l'enlèvement de l'organe malade, il est évident que, d'après l'observation journalière, le diagnostic était erroné; car, chose intéressante, c'est qu'autrefois, lorsque l'anatomie pathologique comme science (cette base puissante de la médecine et de la chirurgie rationnelles), était une *terra ignota* pour les médecins, on enregistrait une foule de guérisons chirurgicales d'exophthalmies produites par le cancer; tandis que de nos jours que le diagnostic est sûr, tous les essais pour trouver dans l'extirpation un moyen efficace échouent : un grand nombre de parasites (*fibroïde*, *chondroïde*, *fibro-chondroïde*) de peu d'importance, suites de vices végétatifs locaux, se présentent, qui, naguère inconnus, simulent la forme du cancer et les altérations fonctionnelles qu'il produit dans l'œil.

Le glaucôme, parvenu à un haut degré de développement, n'est nullement susceptible d'être guéri : un traitement rationnel pourra cependant au moins atténuer les douleurs, retarder la rapidité de sa marche, c'est-à-dire rendre moins prompte l'arrivée de la cécité complète, en un mot, reculer une fin déplorable. C'est là ce que l'on ne peut jamais atteindre dans le carcinôme, puisque notre science, parvenue aux limites de son action, après en avoir combattu l'odeur infecte, doit avouer son impuissance.

Ces différences suffisent, et, si je ne me trompe, ce sont toutes celles qu'on peut produire; car vouloir avancer qu'une diathèse arthritique, pour que le glaucôme puisse se manifester, doit précéder, serait peu naturel, comme il a été dit plus haut, puisque nous voyons tous les jours des glaucômes se déclarer chez des individus qui, n'ayant jamais été tourmentés par les formes dites goutteuses, ont vu leurs premières souffrances se manifester dans les yeux. Au point de vue de l'oculistique, le rhumatisme et la goutte peuvent être considérés comme des formes de maladies similaires dont les transitions sont faciles à démontrer.

La violence de la période aiguë, qui accompagne la formation du glaucôme, est si peu stable, qu'on ne peut établir aucune différence, ni entre l'éréthisme vasculaire qui accompagne la manifestation d'un carcinôme, ni entre la phlogose violente qui détruit la fonction visuelle par une exsudation lymphatique dans la profondeur de l'œil. Tantôt le glaucôme se déclare en peu de semaines, tantôt ce pro-

cessus met des mois à se développer, mais tend invariablement vers la même fin.

La forme que j'ai désignée sous le nom d'*hydrops acutus corporis vitrei* est plus intéressante et moins connue. Dans le cours d'une violente inflammation idiopathique de l'œil interne, il se dépose dans l'enveloppe du corps vitré une matière lymphatique assez abondante pour qu'une affection simulant un glaucôme, à marche aiguë, se forme distinctement en moins de 24 à 48 heures : les membranes de l'œil sont profondément rougies, la cornée est matte, trouble, la chambre antérieure diminuée par la pression du corps vitré augmenté de volume ; l'iris est rapproché de la cornée obscurcie ; la pupille est large, fréquemment ovale, trouble, verte ; la vision totalement abolie, et des photopsies de toutes formes tourmentent le malade.

Un ophthalmologue habile nous a démontré combien dans ces cas le diagnostic est difficile.

Il n'y a que la marche rapide de la maladie, comparée à celle du glaucôme, qui peut aider au diagnostic, parce que le glaucôme, quelque aigu que soit son type, ne peut jamais faire de tels progrès dans un espace de trois jours. La forme même est si illusoire, qu'elle ne peut servir de guide sûr : l'étiologie présente la même incertitude, attendu qu'à la suite de causes purement mécaniques ou dynamico-chimiques, des formes spécifiques peuvent aussi se produire.

3° *Cataracte de la capsule postérieure.* On sait également que cette forme est rare, et il n'est pas moins connu qu'il est facile de prendre la cataracte lenticulaire, vue sous certains rapports de réfraction, pour une cataracte capsulaire postérieure. Si on ne reconnaît l'erreur avant l'opération, à l'inconstance du trouble grisâtre, gris-jaune, apparaissant dans la région de la capsule postérieure, la netteté de la pupille, après la sortie de la lentille, nous le démontrera clairement. Il est cependant intéressant, selon moi, d'observer que, quoique très-riche en vaisseaux, la capsule postérieure est rarement frappée d'accidents inflammatoires, qui donneraient toujours lieu à la cataracte. Mais si cette capsule vient à s'obscurcir, elle ne reste point longtemps soumise à l'observation, parce que son influence sur la nutrition de la lentille est trop marquée pour qu'il ne s'ensuive pas une cataracte lenticulaire. Une cataracte lenticulaire postérieure existant par elle-même, peut sans doute être confondue avec le glaucôme, en ce que la pupille étant devenue peu nette, offrant un trouble grisâtre, jaunâtre, peu éclatant, concave, situé profondé-

ment, la fonction visuelle ne se trouve point en rapport avec l'intensité de l'obscurcissement. Un regard jeté sur l'œil dans sa totalité, dont la vie végétative se montrera normale, à l'exception de la cataracte; les fonctions intactes, l'habitus normal de la conjonctive, de la cornée, de l'iris; l'absence de souffrance, ainsi que l'aspect strié de la cataracte capsulaire, qui manque dans le glaucôme, sont autant de signes qui nous mettent sur la voie de la vérité.

4° *La cataracte lenticulaire* avec ou sans obscurcissement simultané de la capsule antérieure peut être confondue avec la cataracte glaucômateuse ou verte, mais seulement quand elle est de consistance molle, et exerçant contre le bord pupillaire une pression qui porte l'iris à se contracter. La chambre antérieure, par la pression de dedans en dehors, apparaît comme diminuée ; accident qui n'est point rare après une *phacohymenitis*, dans laquelle la lentille se trouve obscurcie par une exsudation manifeste. Le doute se dissipera facilement par l'analyse du mode de développement et par l'examen attentif de l'obscurcissement des autres organes, ainsi que par l'état de la perception de la lumière.

Si la photophobie et une légère injection des yeux, résultat d'un état inflammatoire, accompagnent la formation de la cataracte, ces symptômes peu importants ne ressemblent pas aux douleurs du processus glaucômateux. Dans la cataracte verte, jamais la capsule antérieure n'est dans un état morbide, la lentille se troublant à la suite de l'état morbide de la capsule postérieure. Les vraies cataractes capsulaires s'en distinguent facilement par leur aspect strié, éclatant, blanc-crayeux, semblable à la nacre : l'obscurcissement cataracteux pur est brun, noir-jaune, gris-laiteux, mais n'a jamais la teinte vert de mer de la cataracte verte. Si l'iris est contracté par une cataracte molle, la chambre postérieure effacée et l'antérieure diminuée, la cornée et la membrane iridienne conservent néanmoins leur aspect normal. La forme du trouble de la vision nous frappe cependant plus que toutes les preuves jusqu'ici alléguées, parce que les personnes atteintes des cataractes dont la nature vient d'être décrite sont encore en état de voir dans des directions déterminées, et voient dans l'obscurité; tandis que dans la cataracte verte la sensation lumineuse même est complètement abolie.

5° *L'amaurose*, c'est-à-dire la perte de la faculté de voir, par une anesthésie des nerfs de la vision, est si intimement liée à la notion du glaucôme, dont elle est un symptôme si essentiel, qu'on ne peut con-

cevoir l'un sans l'autre ; ce qu'explique suffisamment la dénomination d'amaurose glaucômateuse.

La paralysie de la faculté visuelle, dans ce cas, est manifestement une affection consécutive du processus spécifique, siégeant dans la choroïde. Mais puisque tant d'autres troubles, tant centraux que périphériques, entraînent l'abolition immédiate de la vision, on se demande si ces mêmes troubles, comme affections idiopathiques de l'appareil des nerfs de la vision, peuvent être confondus avec le glaucôme. L'avantage qu'en retireront le diagnostic et la thérapie sera sans doute de peu d'importance dans un grand nombre de cas ; toutefois notre science serait bien à plaindre si elle prêtait plus d'attention aux affections curables qu'à celles qui ne laissent plus aucun espoir. Et ce qui prouve que la génération actuelle s'occupe avec la même ardeur des unes et des autres, c'est la grande attention qu'elle prête à l'auscultation et à l'anatomie pathologique. — Les deux affections ont ceci de commun, que l'habitude de l'œil et son expression psychique sont les mêmes : dans les deux formes, l'œil se dirige avec indifférence vers les objets extérieurs ; la vision diminue également dans les divers degrés de leur évolution, ne se perd qu'en partie, ou s'abolit complètement.

Établir des comparaisons relativement à l'iris entraînerait inutilement très-loin : on le sait, l'état de la membrane irienne est différent dans les diverses espèces d'amauroses nerveuses et vasculaires.

La cause la plus fréquente d'illusion est l'obscurcissement, qui, dans plusieurs amauroses, devient visible derrière la pupille ; il est en partie produit par la rétine métamorphosée, en partie par le trouble réel des milieux.

Le point en question ne peut être élucidé que par l'observation et la comparaison minutieuse des phénomènes morbides, tant objectifs que subjectifs, avec le type caractéristique du glaucôme.

Comme tant d'amauroses tirent leur origine de processus spécifiques de forme inflammatoire et de nature aiguë et chronique, il devient impossible d'établir, sous ce rapport, une différence entre ces deux affections.

L'examen de l'obscurcissement qui existe derrière la pupille mérite notre attention. Si on le rencontre dans l'amaurose, quelle que soit la cause qui l'ait produit, il n'est jamais aussi prononcé que celui qu'on observe dans le glaucôme. La rétine devient-elle visible, il reste dans la profondeur de l'œil un trouble blanchâtre, strié,

concave, constant, et nullement sujet à d'autres modifications ; il se distingue nettement de l'obscurcissement verdâtre du glaucôme qui de jour en jour devient plus bombé.

6° *Obscurcissements maculés ayant leur siége au centre de la cornée*. On peut les confondre avec des cataractes. L'illusion est d'autant plus facile, que la pupille se trouve nécessairement dilatée. Il est plus difficile de les confondre avec le glaucôme. Vu de profil et dans son ensemble, l'œil apparaît sain sous tous les rapports, à l'exception des taches de la cornée, et le malade voit plus distinctement dans l'obscurité.

7° Les processus dits squirrheux et carcinômateux ne peuvent jamais faire commettre d'erreur. Le diagnostic, les investigations de Müller, démontrent que le squirrhe, appartenant à la famille naturelle du carcinôme, n'a jamais èté observé à l'état de carcinôme fibreux dans l'intérieur de l'œil, mais qu'il établit son siége dans le tissu cellulaire de l'orbite, ou se dirige, de la peau de la face le long de la caroncule, vers la profondeur de cette cavité. Les espèces carcinômes médullaire et mélanoïde, comprenant les trois genres de fongus, se présentent dans l'intérieur de l'œil, ainsi que dans l'orbite, sous les formes les plus diverses, ou y pénètrent à travers les os du crâne.

J'ai parlé, à l'occasion de l'œil de chat amaurotique, de ce qui se rapporte à ce sujet.

8° *La leucosis* ou *la leucopathie*, état pathologique dans lequel, d'après Blumenbach (*De Generis humani var. Nat.*, p. 174 et *Med. Bibliothek*, Bd. II, Bd. III, v. 1), le pigment noir manque dans l'œil.

Il serait aussi difficile de confondre un pareil état de santé relative avec le processus glaucômateux. J'en esquisserai brièvement le tableau : la coloration de la pupille, qui est tantôt jaune, tantôt d'un bleu mat, ou violet tirant sur le verdâtre ; voilà qui suffit déjà pour nous faire éviter toute erreur.

Les personnes leucopathiques redoutent à un haut degré la lumière, voient mieux dans l'obscurité, par un ciel nébuleux et au clair de la lune, ont une délicatesse toute particulière de la peau et du système pileux, et sont, en général, douées d'une irritabilité excessive. L'iris est le plus souvent d'une nuance claire, rosée, dans une oscillation permanente ; la pupille est rétrécie et petite : ce rétrécissement présente parfois des nuances différentes ; cet état est toujours inné, jamais acquis.

On pourrait objecter avec raison que des yeux de cette nature

pourraient également être atteints de glaucôme, et cette possibilité n'est point à rejeter; mais l'expérience, pour autant que je sache, ne ne l'a pas encore démontrée : la cause en réside probablement dans la prédominance de l'artérialité ; de telle sorte que des orgasmes congestifs veineux sont devenus tout à fait impossibles.

(La suite et fin au prochain numéro.)

Hôtel-Dieu de Lyon. — Service de M. Pétrequin, chirurgien en chef.

OBSERVATION D'UN PHLEGMON DE L'ORBITE, AVEC QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DE CETTE AFFECTION ;

Par le docteur Michel Rambaud, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

Le phlegmon de l'orbite emprunte au voisinage de l'œil et du cerveau un intérêt tout particulier ; et comme il est assez rare, j'ai pensé faire quelque chose d'utile en publiant l'observation suivante, recueillie à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de M. Pétrequin, chirurgien en chef.

Le nommé Cavalier, âgé de 35 ans, marchand de rouenneries, entre à l'Hôtel-Dieu, salle des hommes opérés, n° 9, le 10 septembre 1845. Il accuse dix jours de maladie, et explique ainsi l'origine et la marche de son affection :

Dans la nuit du 1er septembre, il se sentit piquer à la paupière inférieure du côté gauche ; il saisit sur la paupière et écrasa entre ses doigts, au même instant, un insecte qu'il pensa être une mouche. Le lendemain, l'œil devint douloureux, les paupières se tuméfièrent, et tout alla en empirant, malgré une application de sangsues autour de l'orbite, malgré des cataplasmes sur l'œil, jusqu'au jour de son entrée.

Le 11, à la visite du matin, on le trouva dans l'état suivant : Les paupières sont considérablement édœmatiées, fermées, incapables de se mouvoir à cause de l'œdème, elles présentent le volume d'une moitié d'un gros œuf de poule ; la peau qui les recouvre est rouge, non tendue, cependant cédant à la pression ; la muqueuse oculaire rouge, tuméfiée, fait hernie entre leurs bords libres. Il s'écoule de l'œil un liquide mucoso-purulent médiocrement abondant. Les paupières étant écartées, on reconnaît que la cornée est parfaitement transpa-

rente ; l'iris, la pupille, le fond de l'œil, ne présentent rien d'anormal. La conjonctive oculaire forme un chémosis assez considérable, d'un rouge médiocrement intense dans les points qui sont garantis de l'air, plus intense dans les points qui font hernie. Il y a des douleurs violentes dans l'œil, l'orbite et tout le côté correspondant de la tête. La vue est complètement abolie dans cet œil. L'aspect général de l'œil était tel, en un mot, que la première idée de M. Pétrequin fut qu'il avait sous les yeux une ophthalmie blennorrhagique. L'inspection des parties génitales ayant démontré l'existence d'un écoulement notable, le diagnostic parut clairement établi. Interrogé sur l'origine, la nature et la date de cet écoulement, le malade déclara qu'il l'avait depuis dix ans, qu'il disparaissait et revenait alternativement sous l'influence des moindres causes. L'ancienneté de l'écoulement uréthral n'était pas une raison suffisante pour faire rejeter le diagnostic qui venait d'être porté ; car on sait qu'il existe des écoulements sous forme de gouttes, qui conservent indéfiniment la propriété de se communiquer par le contact. Toutefois, ces faits étant rares, M. Pétrequin conçut quelques doutes et se livra à un examen plus attentif. On remarqua alors que la cornée, quoique enfoncée par rapport au chémosis, se trouvait sur un plan antérieur à celui de l'autre œil. Dans l'hypothèse d'une ophthalmie blennorrhagique, rien n'expliquait cette exophthalmie. D'un autre côté, dans l'ophthalmie blennorrhagique il y a photophobie quand les conditions physiques nécessaires à la transmission des rayons lumineux existent; ici il y avait cécité complète. D'autre part, quoique la marche de l'ophthalmie blennorrhagique ne soit pas toujours et nécessairement foudroyante, il est rare qu'elle soit aussi bénigne qu'on l'observa dans le cas présent. Enfin, en examinant attentivement, on crut reconnaître que l'écoulement mucoso-purulent provenait surtout des portions du chémosis herniées; les parties garanties du contact de l'air se rapprochaient assez, pour l'aspect, du chémosis séreux.

Toutes ces circonstances prouvaient qu'il n'y avait point là d'ophthalmie blennorrhagique, ou au moins qu'elle était compliquée d'une autre affection. Restait à déterminer cette dernière. Et d'abord il était très-probable que la cécité était liée à l'exophthalmie. Les renseignements fournis par le malade nous apprirent que ses deux yeux avaient toujours eu le même volume et qu'il avait toujours bien vu des deux. L'exophthalmie était donc récente. Ceci établi, on ne pouvait plus la rapporter qu'à une violence extérieure ou à une col-

lection purulente qui se serait formée dans le fond de l'orbite. Comme il n'y avait point eu de lésion traumatique, on s'arrêta à la dernière opinion. Dans cette hypothèse, la cécité s'expliquait par la distension du nerf optique; le chémosis, la rougeur, l'œdème si considérable des paupières, n'étaient pas plus difficiles à interpréter que dans les phlegmons sous-aponévrotiques, que, le plus souvent, comme chacun sait, on ne reconnaît qu'à ces signes. On chercha vainement à confirmer le diagnostic en déterminant la nature des douleurs éprouvées par le malade; il ne savait comment les caractériser. Quant à la fluctuation, on essaya inutilement de l'obtenir: l'œdème, la profondeur de l'abcès, ne le permirent point.

Bien qu'à dater de ce moment on eut abandonné l'idée d'une ophthalmie blennorrhagique, ce ne fut que le lendemain, 12 septembre, que M. Pétrequin pratiqua sur la paupière inférieure une ponction avec le trocart explorateur, qui fut poussé entre l'œil et l'orbite jusqu'à une grande profondeur. L'écoulement d'une petite quantité de pus par la canule prouva qu'on ne s'était pas trompé. L'ouverture fut immédiatement agrandie avec le bistouri, et il s'écoula aussitôt une notable quantité de pus bien lié, mélangé de sang; une mèche de charpie fut placée dans l'ouverture pour empêcher son agglutination.

Le 13 septembre, soulagement considérable; le malade a pu dormir.

Le 14, l'œdème diminue; on touche légèrement le chémosis avec le nitrate d'argent.

Le 15, les parties tendent à reprendre leur aspect normal; la vue est toujours nulle, le pus coule librement.

Le 18, retour de l'œdème et des douleurs à un moindre degré, ouverture à la paupière supérieure, issue d'une certaine quantité de pus.

Le 20, l'exophthalmie, l'œdème, le chémosis ont disparu; il s'écoule à peine du pus.

Le 23, tout est rentré dans l'ordre : les parties ont repris leur aspect normal; mais la vue est complètement nulle.— 8 sangsues derrière l'oreille dans le but de rétablir la vision.

Le 25, un vésicatoire au front dans le même but.

Le 26, pansement du vésicatoire avec la strychnine pour le même motif.

Le 4 octobre, le malade sort guéri de son abcès, mais ayant complètement perdu la vue du côté gauche. (Placé en face d'une fenêtre

par un beau jour, il ne peut distinguer de cet œil s'il fait jour ou nuit.)

L'issue de cette affection n'a pas été aussi complètement favorable que l'on pouvait raisonnablement l'espérer. La perte de la vue du côté gauche constitue certainement une terminaison fâcheuse; mais quand on considère quelles auraient pu être les conséquences de ce *panaris* de l'orbite si la véritable affection eût été méconnue, on a cependant lieu de s'applaudir de les avoir prévenues. L'inflammation entretenue par la présence du pus pouvait s'étendre aux méninges et compromettre gravement la vie du malade. Les os pouvaient s'enflammer consécutivement; le pus, bridé en avant par des tissus aponévrotiques, pouvait fuser en arrière par la fente sphénoïdale et produire des désordres plus ou moins considérables, etc., etc., (1). D'un autre côté, il est bon de remarquer que la vue du côté gauche peut ne pas être irrévocablement perdue, s'il n'y a point eu de lésion organique du nerf optique, ce qui est présumable; la vue pourra revenir graduellement, à mesure que la résolution s'achèvera (2). Les fonctions cérébrales, quelquefois suspendues par la commotion, reviennent plus tard: je ne vois pas pourquoi il ne pourrait pas en être de même, dans ce cas, pour le nerf optique distendu momentanément. Enfin, comme dernière ressource, si cette prévision ne se réalisait pas, on pourrait plus tard revenir aux excitants, qui ont quelquefois réussi dans des cas semblables.

Cette observation, intéressante à plus d'un titre, prouve, entre autres choses, combien il est facile de méconnaître les abcès chauds de l'orbite. Tous les signes qui peuvent, dans d'autres régions, servir à reconnaître ou à faire soupçonner l'existence d'un phlegmon sous-aponévrotique manquent ici, ou, ce qui est pire, peuvent facilement donner lieu à une fausse interprétation. Partout ailleurs, quoique sous-aponévrotique, le phlegmon est toujours plus ou moins accessible au toucher: dans l'orbite, il échappe complètement à ce

(1) L'inflammation du tissu cellulaire de l'orbite, dit M. Stoeber, est une maladie excessivement grave, se terminant soit par la mort, suite de la méningite qui se déclare, soit par des indurations partielles du tissu affecté, qui donnent à l'œil une position vicieuse, et la vue reste toujours faible ou perdue.

(2) M. Florent Cunier a publié dans ses *Annales d'Oculistique* (cinquième année, tome VII) une observation de phlegmon de l'orbite produit par un corps étranger, où la vue a été conservée, quoique le pus n'ait été évacué spontanément qu'au vingtième jour, et malgré une foule de complications.

moyen d'investigation. Dans le premier cas, il s'accompagne quelquefois de douleurs caractéristiques ; dans le second, la présence du globe oculaire change, modifie profondément le caractère de ces douleurs, et leur donne une physionomie telle, que l'attention se porte sur l'organe de la vue et non sur les tissus voisins. L'œdème, l'empâtement du tissu cellulaire sous-cutané, dans le premier cas, constituent un signe précieux et souvent mis à profit; dans le second, ils sont une source d'erreurs, et cela par une raison facile à comprendre. L'œdème se produisant dans le tissu cellulaire sous-conjonctival aussi bien que dans celui des paupières, il en résulte un chémosis, qu'au début on reconnaîtrait bien certainement pour un chémosis séreux, mais qui, s'enflammant bientôt sous l'influence du contact irritant de l'air, devient un véritable chémosis inflammatoire. Ainsi modifié, ce chémosis peut faire croire à une ophthalmie purulente simple, ou, comme dans l'exemple cité, à une ophthalmie blennorrhagique. En second lieu, inflammatoire ou non, ce chémosis, en modifiant plus ou moins l'expression des traits, atténue, cache l'exophthalmie, quelquefois légère, qu'en toute autre circonstance on aurait reconnue au premier coup d'œil, et qui seule peut mettre sur la voie pour arriver à reconnaître la véritable affection.

Appliquant l'axiome si familier aux yeux du monde, *post hoc ergo propter hoc*, notre malade resta convaincu jusqu'au bout que la malencontreuse mouche qui l'avait piqué était la seule et unique cause de son mal. Il est inutile, je pense, de discuter cette opinion. Si venimeuse qu'elle fût, la piqûre de cet insecte pouvait tout au plus produire une inflammation de la paupière, mais non point un abcès de l'orbite. Il y a eu, dans ce cas, simple coïncidence, et la cause de ce phlegmon, comme celle de tous les phlegmons idiopathiques, est restée complètement inconnue.

Si la terminaison de cette affection a laissé quelque chose à désirer, on ne peut en accuser le traitement qui a été mis en usage. Ouvrir l'abcès, évacuer le pus, débrider les tissus, favoriser l'écoulement du pus et la résolution du phlegmon, prévenir ou arrêter les accidents cérébraux; c'était évidemment tout ce qu'on pouvait et tout ce qu'on devait faire. Je ne m'arrêterai pas à discuter ces questions qui sont hors de toute contestation : on ouvre et on débride un panaris aussitôt qu'on le peut ; l'indication dans ce cas était plus pressante encore, et si le malade fût entré plus tôt, si son abcès eût été ouvert au 5e ou au 6e jour, peut-être aurait-il évité l'infirmité dont il est aujourd'hui affligé.

Il me reste maintenant à examiner, et c'est par là que je terminerai, la manière dont on a cru devoir pratiquer cette ouverture. On avait à choisir entre deux procédés : inciser la muqueuse dans le fond du pli oculo-palpébral, ou inciser, comme on l'a fait, la paupière. Le premier, conforme à la règle, en ce qu'il épargnait au malade une cicatrice apparente, était plein de dangers et d'une exécution difficile. En effet, pour que le bistouri, conduit entre la paupière et le globe oculaire, pût atteindre le fond de l'orbite, il fallait que la paupière fût abaissée et que l'instrument pût être poussé parallèlement à l'axe de l'orbite. Or, cette manœuvre, en l'état des choses, était fort délicate à tenter, l'œil, par sa projection en avant, étant exactement appliqué contre les paupières distendues et immobiles. Si on ne réussissait pas à abaisser la paupière jusqu'au-dessus de l'œil, de manière à livrer passage à l'instrument, on se trouvait dans l'alternative, ou de blesser l'un des deux organes, et peut-être tous les deux, ou de venir heurter le plancher de l'orbite. D'un autre côté, atteindre la collection purulente ne suffisait pas : il fallait encore que le pus eût un écoulement facile et permanent ; or, c'est ce qu'on ne pouvait obtenir en suivant ce procédé, le globe de l'œil faisant sur l'ouverture palpébrale l'office d'une véritable soupape (1). On a donc sagement fait, à mon avis, de choisir le second procédé. Du reste, l'ouverture faite au niveau du rebord de l'orbite ne pouvait produire qu'une cicatrice linéaire, peu étendue, qui devait plus tard se perdre dans le sillon qui sépare la base de la paupière et de la joue. La ponction préalable, faite avec le trois-quarts explorateur, était commandée par la prudence, et elle avait de plus l'avantage, en laissant la canule en place, dans le cas où le diagnostic se vérifierait, de fournir un conducteur au bistouri.

DU TRAITEMENT DE LA TUMEUR ET DE LA FISTULE LACRYMALES ;

Par le docteur A. Guépin, de Nantes.

Nous croyons utile de revenir aujourd'hui sur la question de la tumeur et de la fistule lacrymales, pour exposer en quelques lignes une méthode qui nous donne d'heureux résultats :

(1) Dans l'observation de M. Cunier, citée dans la note précédente, le corps étranger avait pénétré par le pli oculo-palpébral supérieur, et ce ne fut qu'en attirant fortement la paupière en avant, en tirant sur les cils, que l'on put faire écouler le pus.

1° Après avoir fait une ponction avec le bistouri, nous introduisons une tige métallique dans le canal nasal.

2° Si le canal est rétréci, nous l'élargissons avec le trois-quarts coudé de Dupuytren, que Laugier a fait revivre pour son opération de l'ouverture du sinus maxillaire. Que le rétrécissement soit dû à la muqueuse ou à un gonflement du périoste, ou de l'os lui-même, cette manière d'agir hâte singulièrement la guérison.

3° Nous introduisons dans le canal nasal, rendu à son diamètre, les 2 ou 3 premiers jours, des clous pleins, très-légèrement coniques, mais fort gros, et le 3e ou le 4e jour, un *clou-canule*. Ces instruments faits en étain pur valent mieux qu'en plomb, parce qu'ils offrent bien plus de résistance ; ils valent même mieux que les instruments d'argent, parce qu'ils sont moins attaqués par le soufre et prennent mieux la forme des parties osseuses.

4° Une fois le jour, nous retirons le clou plein, ou le clou-canule qui lui succède, pour faire dans le sac et le canal des injections, d'abord médicamenteuses, puis ensuite d'eau simple, et nous retirons le clou-canule quand il n'y a plus de suppuration ;

5° Nous faisons de temps à autre des injections par les points lacrymaux ; car, deux fois nous avons vu, dans notre pratique, le sac lacrymal se cicatriser en se rétrécissant de manière à n'avoir plus de communication avec le canal nasal.

On nous pardonnera de citer l'un de ces faits.

M. Giraud, négociant (Fossé, 72, à Nantes), nous ayant prié de donner des soins à sa cousine, atteinte de fistule, nous l'opérâmes en présence du docteur Bacqua. Le canal était rétréci, et l'opération fut douloureuse. Une canule de Dupuytren fut introduite dans le canal nasal, et un petit séton de corde à boyau fut mis entre les lèvres de la plaie.

Au bout d'un à deux mois, cette dame se trouvant chez moi, je pratiquai par le point lacrymal inférieur une injection qui sortit en totalité par le point supérieur : j'en pratiquai successivement plusieurs autres avec le même résultat ; et cependant les injections faites par la plaie, dont l'ouverture avait été maintenue au moyen d'un séton pour faciliter les injections médicamenteuses, passaient très-aisément et totalement par le nez.

Qu'avons-nous fait en cette circonstance ? Nous répondrons avec franchise : Rien, absolument rien. Nous avons retiré le séton, et la plaie s'est cicatrisée. Mademoiselle Giraud, atteinte de nouveau d'une affection du sac, s'est mise à l'usage d'injections aluminées qui lui

sont pratiquées par son parent. Elle n'est ni souffrante ni gênée, mais il n'y a que cure palliative.— Dernièrement la canule a remonté ; sa couronne se faisait sentir à l'angle de l'œil. La malade n'en souffrait pas, et je ne lui ai rien fait. D'elle-même, la canule a repris sa place, et il n'en est plus question.

Nous possédons maintenant un assez bon nombre d'exemples de malades guéris par la méthode que nous venons d'exposer. Les citer ici serait inutile et n'apprendrait rien à nos lecteurs.

Plusieurs chirurgiens ne croient pas à la nécessité des injections médicamenteuses, et ils ont tort. Dernièrement, M. Sebire m'appela à l'hôtel de France pour soigner une de ses parentes traitée infructueusement à Paris, d'abord par la canule de Dupuytren, puis ensuite au moyen de clous en plomb présentant une gouttière. — Cette dame avait eu affaire à deux chirurgiens très-connus : MM. Maisônneuve et Blandin.

Le second avait été obligé de retirer du nez la canule de Dupuytren, opération très-difficile dans cette circonstance, qu'il avait pratiquée avec toute l'habileté qu'on lui connaît. Mais tout en revenant à une meilleure méthode, il avait négligé les injections, et depuis deux mois la dame en question portait toujours son clou, à côté duquel sortait du pus ; j'ai remplacé ce clou par un clou-canule en étain, qui est plus commode. J'ai fait pratiquer pendant 15 jours des injections légèrement astringentes, et lors du départ de cette dame pour Paris, il n'y avait plus dans le sac nasal de sécrétion purulente. Cependant j'ai désiré qu'elle ne retirât le clou-canule qu'à son arrivée dans la capitale.

J'ai obtenu à la même époque, c'est-à-dire en août, un résultat semblable chez un malade opéré dans une ville voisine, par un de mes amis ; 15 à 20 jours d'injections ont terminé la cure.

Dans ces deux cas, je n'ai point employé le nitrate d'argent, mais le mélange suivant, à la dose d'une cuillerée dans un tiers de verre d'eau :

R. Alun,	2 grammes (gr. xxxvj).
Sulfate de cuivre,	1/2 gramme (gr. ix).
Eau,	100 grammes (℥iij).

La parente de M. Sebire souffrait de son affection depuis 10 ans ; l'opération remontait, je crois, à 15 mois, quand je l'ai vue. Le second malade, opéré depuis trois mois, était gêné par un écoulement purulent du sac depuis près de quatre ans.

La facilité d'emploi de la méthode qui précède et ses données

rationnelles nous portent à croire qu'elle sera bientôt généralement adoptée par tous ceux qui en tenteront l'usage. Nous n'avons nullement la prétention de la donner comme une invention nouvelle ; nous n'avons fait autre chose que réunir les éléments dont elle se compose, et la préconiser. Ces éléments sont : la ponction, déjà de date très-ancienne; l'emploi du trois-quarts (dont Dupuytren et Adams s'étaient servis avant nous : le premier pour rétablir deux canaux complètement oblitérés, le second pour arriver à ce résultat que le docteur Guillon obtient des sections du canal dans les rétrécissements de l'urètre); les clous pleins de Petit, le clou-canule de M. Rosas; et les injections médicamenteuses conseillées par tout le monde. Remarquons toutefois que l'usage du trois-quarts n'a aucun des inconvénients qui ont pu arrêter M. Rosas dans son emploi, lorsque, immédiatement après s'en être servi, l'on introduit un séton métallique dans le canal. Sans doute, si l'on agissait autrement, il deviendrait nécessaire de revenir à l'emploi du trois-quarts; mais qui donc pourrait avoir l'idée de ne pas comprendre à l'avance que le canal nasal serait oblitéré par des sécrétions morbides ?

SYNCHISIS ÉTINCELANT. (RAMOLLISSEMENT DU CORPS VITRÉ AVEC ÉTINCELLES APPARENTES AU FOND DE L'ŒIL) ;

Par le docteur DESMARRES, de Paris.

On entend par *synchisis* le ramollissement de l'humeur vitrée. Cette maladie se dessine le plus ordinairement par un ensemble de symptômes faciles à saisir, et parmi lesquels le tremblotement ou l'oscillation de l'iris a une grande valeur, bien qu'on l'observe dans d'autres maladies. Indépendamment de ce caractère, on note aussi une certaine paresse de la pupille, *qui demeure parfaitement noire*, et un abaissement variable de la vision. Dans l'observation suivante, tous les symptômes du ramollissement de l'humeur vitrée ont été constatés, et, de plus, j'ai reconnu un phénomène particulier que je crois devoir signaler : l'apparition au fond de l'œil d'une multitude de paillettes brillantes, semblables aux feux d'un diamant, et cela sans altération particulière de la vision. Je regrette que l'espace qui m'est accordé dans ce journal ne me permette pas d'entrer dans plus de développements sur le ramollissement de l'humeur vitrée en général, pour établir un point de comparaison entre cette maladie et celle qui fait le sujet de l'observation qu'on va lire, et qui n'en est

qu'une curieuse variété, à laquelle je crois devoir donner le nom de *synchisis étincelant.*

Voici cette observation :

OBSERVATION. — Madame Manfrina, âgée de 58 ans, ancienne fumiste, rue Thérèse, n° 11, à Paris, se présente à ma clinique le 22 septembre 1845.

Antécédents. — Cette dame est d'une excellente constitution ; jamais elle n'a été malade ; elle a eu deux enfants, dont l'un a été tué accidentellement, et l'autre, femme de 32 ans, se porte très-bien. Elle a éprouvé de violents chagrins par suite d'une maladie de son mari, lequel vit renfermé à Bicêtre, atteint d'un dérangement des facultés intellectuelles depuis 1817.

En 1827 ou 1828, la malade a commencé à voir de nombreuses mouches volantes sans éprouver de maux de tête ; ses règles allaient fort bien alors, et n'ont disparu que depuis 3 ans.

En 1830, peut-être avant, en plaçant par hasard la main sur l'œil droit, elle s'aperçut qu'elle ne voyait plus de l'œil gauche. Peu à peu la vue de l'œil droit commença aussi à faiblir, et en 1838 elle ne pouvait plus que se conduire avec difficulté. Elle alla consulter alors divers chirurgiens, et subit l'opération de cataracte par abaissement le 9 juillet 1838, sur l'œil gauche seulement, à l'hôpital de la Charité (M. le professeur Velpeau). Il n'y eut aucune inflammation, et la malade sortit de l'hôpital le 2 août suivant. Elle voyait de l'œil opéré un peu mieux qu'avant l'opération, mais pas assez pour se conduire seule.

L'œil droit se perdit complètement à son tour, et fut opéré par le même procédé, le 17 septembre 1842, par M. le professeur Bérard, à la Pitié. Les choses se passèrent très-bien : il n'y eut aucune inflammation, et la malade sortit de l'hôpital le 25 du même mois. On espérait que les débris du cristallin se résorberaient ; mais il n'en fut rien, ainsi que nous le verrons plus loin. La malade demeura aveugle de cet œil comme avant l'opération.

Il résulta pour elle fort peu d'avantage de cette double opération ; elle craignait de se soumettre à une nouvelle tentative, et c'est là ce qui explique comment elle demeura à peu près aveugle jusqu'au moment où elle vint s'adresser à moi.

État actuel. 22 *septembre* 1845. — La malade a une santé excellente. Les yeux présentent les phénomènes suivants :

La *pupille gauche,* largement dilatée, immobile, est remplie complètement par une opacité d'un blanc-bleuâtre parsemée de plaques

d'un blanc mat. Çà et là, la tache est moins épaisse, et dans un endroit très-petit, à peine assez grand pour le passage d'une épingle, il y a une lacune qui permet de voir le fond de l'œil. C'est par ce seul pertuis que s'exerce la vision. La malade, munie d'une lorgnette dont le petit verre a été enlevé, reconnaît quelques objets, mais ne peut pas se conduire. L'iris est flottant d'avant en arrière ; il a la forme d'une bande annulaire, d'une ligne de large au plus dans certains endroits ; partout la marge pupillaire est adhérente à l'opacité secondaire de la capsule.

La pupille droite est immobile, largement ouverte comme la gauche, et déformée. Elle est complètement remplie par une opacité d'un blanc mat qui prend ses points d'appui sur toute la marge de l'iris. La vision est nulle. L'iris est flottant.

Toutes les autres membranes sont saines.

L'abaissement à l'aiguille me paraissant très-difficile, sinon impossible, je me décide à extraire les deux capsules en ponctionnant la cornée ou la sclérotique. Après quelques réflexions, je préfère agir sur cette dernière membrane ; et le 2 octobre 1845, la malade étant convenablement préparée, je pratique au côté externe et inférieur de la fibreuse une ponction large d'un demi-centimètre et dirigée d'avant en arrière, puis j'introduis une pince par cette ouverture jusqu'à la face postérieure de l'iris, et saisissant la capsule opaque entre les mors de l'instrument, je l'entraîne au-dehors sans difficulté. La pupille est parfaitement nette, mais elle demeure dilatée ; ce qui s'explique par la présence des fausses membranes qui l'ont maintenue ouverte et immobile pendant près de 7 années. La vision est bonne. J'attaque immédiatement l'autre œil de la même manière : deux fois je suis forcé d'introduire la pince, à cause de la résistance des adhérences ; cependant j'enlève la fausse membrane tout entière sans difficulté notable. La pupille demeure aussi dilatée qu'avant l'opération ; la vue est très-bonne.

La cicatrisation des deux plaies de la sclérotique se fit rapidement : le 12ᵉ jour, elle était complète, et la vision parfaite avec des verres convexes n° 5 pour voir de loin et n° 2 pour lire ou faire des ouvrages à l'aiguille. Les yeux avaient leur consistance normale.

Quelques jours après la sortie de la malade de ma clinique, où elle n'estre stée que 8 jours, j'examine les yeux avec attention, et indépendamment du flottement de l'iris qui existe des deux côtés, je constate dans le gauche le phénomène le plus curieux qui se puisse imaginer. Il n'y a rien de particulier dans le droit. A travers la pupille,

largement dilatée sur le fond de l'œil qui est parfaitement noir, je vois se détacher des paillettes, brillantes comme des diamants, mobiles, et d'une grandeur qu'on ne peut guère comparer qu'à celle de grains de sable.—Elles sont placées sur divers plans dans la chambre postérieure, apparaissent le plus ordinairement au nombre de 20 à 30 à la fois, se déplacent de bas en haut pendant les mouvements de l'œil, et sont immédiatement remplacées par d'autres aussi brillantes et aussi nombreuses. Tous ces petits points lumineux mobiles, réfléchissant la lumière avec un vif éclat, paraissent descendre peu à peu vers la partie là plus déclive de l'œil, lorsque cet organe est maintenu quelque temps dans l'immobilité, et se montrent, en général, d'autant plus nombreux que les mouvements en sont plus étendus et plus brusques. Il n'y a rien d'anormal dans la chambre antérieure; la vision est aussi bonne qu'on peut le désirer après une opération de cataracte: la malade se plaint seulement de quelques mouches volantes qu'elle a toujours vues, et qui n'ont pas augmenté.

Cette maladie singulière me paraît siéger de la manière la plus évidente dans le corps vitré; la place qu'occupent les points lumineux sur divers plans d'avant en arrière ne peut laisser de doute à cet égard. Mais quelle explication donner à ce singulier phénomène? Serait-il dû à un changement moléculaire du corps vitré évidemment ramolli, ainsi que l'atteste l'oscillation considérable de l'iris? Les cellules hyaloïdiennes, par suite d'une disposition morbide particulière, moins tendues par l'humeur vitrée plus fluide, flotteraient-elles les unes sur les autres? Dans cet état, réfléchiraient-elles la lumière isolément au lieu de la réfracter? Je le pense. Ne pourrait-on pas admettre aussi qu'il y a dans les liquides intra-oculaires quelques matières étrangères flottantes? M. Malgaigne, qui a trouvé de la cholestérine dans l'œil, l'a pensé un moment; mais alors pourquoi ces corps étrangers ne franchiraient-ils pas la pupille, pourquoi n'en verrait-on pas dans la chambre antérieure? Je préfère, sans y tenir, la première hypothèse, et j'invite mes confrères de Paris, qui liront cette observation, à voir cette malade et à rechercher à leur tour une explication meilleure de ce singulier et curieux phénomène auquel le nom de *synchisis étincelant* me paraît convenir parfaitement.

OPÉRATION DE LA CATARACTE SELON LA MÉTHODE PAR DÉPLACEMENT, FAITE AVEC SUCCÈS, APRÈS SOIXANTE ANS DE CÉCITÉ ;

Par M. Serre, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

Boichot, âgé de 67 ans, exerçant depuis longtemps à Montpellier la profession de fourbisseur, se présenta dans mon cabinet vers le milieu du mois de mars 1844 pour réclamer mes conseils à l'occasion d'une blessure provenant d'un coup de fleuret qu'il avait reçu à l'œil droit, depuis peu de jours. L'instrument avait traversé de part en part la cornée transparente et était même arrivé jusqu'au cristallin. De là l'apparition d'une cataracte traumatique, l'issue d'une partie de l'iris à travers la cornée, et, partant, une irrégularité très-grande de l'ouverture pupillaire.

Dès le principe, je cherchai, d'une part, à combattre les accidents inflammatoires, et, de l'autre, à favoriser par tous les moyens possibles la rentrée de l'iris; mais à peine avais-je remédié à ces premiers accidents, que le malade, s'apercevant qu'il avait complètement perdu la vue de l'œil droit, me pria avec instance de lui faire l'opération de la cataracte, d'autant plus, disait-il, que cet œil était le seul qui lui eût toujours servi à gagner sa vie. — C'est alors seulement qu'examinant avec attention l'œil gauche, je reconnus qu'il existait aussi de ce côté une cataracte lenticulaire, et, en outre, un léger albugo sur le côté latéral externe de la cornée.

Comparant à l'instant l'état de cet œil à celui du côté droit, où l'opération de la cataracte me semblait devoir être entourée de beaucoup de difficultés, je proposai au malade de l'opérer de l'œil gauche : « La chose est inutile, me répondit-il, *car il y a déjà plus de soixante ans que j'ai cessé de voir de ce côté* : » la cataracte et l'albugo étaient survenus à la suite de la petite vérole.

Loin de me laisser arrêter par ce que venait de m'apprendre le malade, je trouvai dans les détails qu'il me donnait un motif de plus pour faire l'opération de la cataracte du côté gauche ; je désirais connaître jusqu'à quel point un œil qui a cessé de fonctionner depuis un aussi long espace de temps est susceptible de recouvrer la faculté de voir.

Peu de jours après, le malade fut soumis à l'opération : le cristallin et la membrane qui l'enveloppe cédèrent facilement sous la pression exercée par l'aiguille, et le champ pupillaire devint entièrement libre : au moment même, le malade s'écria qu'il avait aperçu la boiserie de la croisée devant laquelle je l'opérais.

Je crus d'abord que ce que disait Boichot tenait à une illusion d'optique, provoquée chez lui par le vif désir qu'il avait d'y voir ; toutefois, je le fis transporter au plus tôt dans son lit, en l'entourant de tous les soins que je suis dans l'habitude de prendre en pareille circonstance, et dont je me dispense à dessein de parler ici : l'opération ne fut suivie d'aucun accident.

Trois jours s'étaient à peine écoulés, que je m'empressai de découvrir l'œil du malade afin de savoir jusqu'à quel point ce qu'il avait dit était exact. Quel ne fut pas mon étonnement lorsque Boichot m'affirma qu'il voyait ma figure, et qu'il compterait même, s'il le fallait, les soliveaux qui soutenaient le plafond de sa chambre. « N'en « soyez pas surpris, ajouta-t-il, déjà hier j'ai soulevé le bandeau que « vous m'avez mis au-devant des yeux, et j'ai acquis la certitude « que l'opération avait réussi. »

A dater de cette époque, tout a été de mieux en mieux, et la vue du malade s'est améliorée de jour en jour. Il y a aujourd'hui près de dix-huit mois que l'opération a été pratiquée.

Ce fait, peut-être unique en ce genre, répond d'une manière victorieuse aux écrivains qui ont prétendu que lorsque la cataracte devenait ancienne, il était à craindre que la rétine, trop longtemps condamnée au repos, n'eût perdu sa sensibilité. N'est-il pas, en effet, curieux de voir un malade, qui a été privé pendant soixante ans de la faculté de distinguer les objets, recouvrer cette même faculté dès que la lumière frappe de nouveau la rétine ? et remarquez bien que la vue dont jouit Boichot n'est pas une de ces vues faibles et incertaines qui servent à peine aux malades pour se conduire : à l'instant où je rédige cette observation, Boichot passe une partie de la journée à faire la lecture à ses compagnons d'infortune dans l'hospice de la Charité de Montpellier, où il est entré peu de temps après avoir été opéré.

Que l'on ne dise pas, pour atténuer la valeur du fait en question, que la cataracte étant incomplète, la rétine a dû probablement n'être jamais soustraite en entier au contact de la lumière : bien au contraire, outre que Boichot a toujours déclaré de la manière la plus formelle avoir complètement perdu la vue de l'œil gauche depuis l'âge de six ans, au moment où l'opération a été faite, l'opacité de la pupille était si complète, que si je n'avais tenu compte de cette circonstance, l'immobilité de l'iris m'aurait fait croire que la cataracte était compliquée d'amaurose.

L'intégrité des fonctions visuelles du côté droit aurait-elle été

pour quelque chose dans la conservation de la sensibilité de la rétine du côte gauche? la chose est plus vraisemblable. Peut-être faudrait-il, à cet égard, établir quelque différence entre les malades qui ont complètement perdu la vue des deux yeux, et ceux qui n'ont qu'un seul œil cataracté.

Quoi qu'il en soit, si la rétine est susceptible de conserver pour ainsi dire indéfiniment la faculté de voir, alors même que l'œil ne fonctionne plus, à quoi bon opérer en même temps les deux yeux chez les malades qui sont atteints de la cataracte? N'est-il pas plus rationnel de ne toucher d'abord qu'à un œil, sauf à utiliser l'autre plus tard, si l'opération ne réussit pas, ou si le malade, déjà opéré avec succès, vient à perdre de nouveau la vue? C'est là une question d'oculistique, aujourd'hui très-controversée, sur laquelle je me propose de revenir.

HOPITAL St-JEAN, DE BRUXELLES.

M. A. Uytterhoeven, chirurgien en chef.

CATARACTE CONGÉNITALE DE L'OEIL DROIT CHEZ UNE FEMME DE 41 ANS AYANT PERDU L'OEIL GAUCHE DEPUIS UN AN; OPÉRATION SUIVIE DE SUCCÈS.

Pauline Levaux, veuve, âgée de 43 ans, tempérament lymphatico-sanguin, autrefois hémorrhoïdaire, et parfois constipée, régulièrement menstruée, sait par sa mère et divers membres de sa famille qu'elle est née avec une cataracte de l'œil droit. Les deux yeux sont affectés d'un nystagme assez prononcé. Jamais la vision du côté gauche n'a été parfaite; elle a commencé à décliner d'une manière plus sensible vers 1840. En 1842, elle a été en proie à une affection de l'œil gauche, caractérisée surtout par une névralgie oculo-circum-orbitaire des plus atroces, qui résista opiniâtrément aux moyens variés et énergiques par lesquels elle fut combattue, et qui entraina bientôt la perte absolue de la faculté de voir.

En janvier 1843, elle se présenta à M. Uytterhoeven, qui la fit admettre à l'hôpital St-Jean. A cette époque, la pupille de l'œil gauche était énormément et irrégulièrement dilatée; l'iris, parsemé de taches grisâtres, était propulsé en avant par le cristallin opaque et très-volumineux, offrant une couleur blanche-jaunâtre; quelques vaisseaux variqueux rampaient sur la sclérotique, suivant la direc-

tion des muscles droits. La névralgie oculo-circum-orbitaire ne se manifestait plus que de loin en loin.

Du côté droit, l'iris présentait un aspect normal; la pupille était quelque peu embarrassée dans ses mouvements, ce qu'il fallait attribuer au volume considérable du cristallin opaque qui comprimait l'iris. La cataracte était d'un blanc laiteux, plus foncé au centre; la capsule paraissait intacte. La sensation de la lumière était exquise. Lorsqu'on plaçait la malade devant une croisée bien éclairée, elle pouvait discerner le moment où un corps opaque passait devant son œil.

M. Uytterhoeven résolut d'opérer l'œil gauche, après que la malade aurait été soumise durant quelque temps à un bon régime hygiénique et à l'administration d'un purgatif. Il donna la préférence à la discission, à cause de la nature molle de la cataracte, de l'état de l'œil gauche, et des circonstances anemnestiques ; il l'institua en passant par la sclérotique.

L'opérateur se borna à diviser largement la capsule antérieure, à faire passer quelques lambeaux du cristallin dans la chambre antérieure, et à donner quelques coups d'aiguille dans la portion restée en place. L'instrument (aiguille de Dupuytren) fut retiré au plus tôt, M. Uytterhoeven ayant surtout en vue de ne se livrer qu'à une manœuvre de peu de durée, qui lui paraissait indiquée afin d'éviter des accidents inflammatoires.

Les suites de l'opération furent des plus favorables : il ne survint aucune réaction ; l'absorption se fit rapidement, à tel point qu'après cinq ou six jours, la malade commença à distinguer vaguement les gros objets : vingt jours ne s'étaient point passés que déjà elle pouvait se guider. Sa démarche, d'abord incertaine, devint plus ferme à mesure qu'elle put mieux juger de la forme et du volume des objets, et surtout des distances.

Trente-sept mois se sont passés depuis l'opération : la capsule antérieure opaque offre en son centre une ouverture d'un diamètre de plus de 5 millimètres, correspondant exactement avec le centre de la pupille, qui est un peu tiraillée en pointe vers le bas et le dedans, et qui offre un degré moyen de dilatation et ne réagit que lentement à la lumière. A l'aide d'un verre bi-convexe n° 6, la malade se conduit avec facilité dans les salles et les corridors, évite les obstacles; elle reconnaît difficilement les figures, et mieux les objets volumineux et un peu éloignés que les objets petits et rapprochés.

L'état de l'œil gauche est le même qu'à l'époque de l'entrée à l'hô-

pital; le calibre des vaisseaux variqueux ne s'est pour ainsi dire pas accru. Une douleur vague est habituellement ressentie dans la région circum-orbitaire, des deux côtés; parfois cette douleur s'exaspère et prend tous les caractères de la névralgie. Aucune douleur n'est ressentie dans les yeux pendant ces accès.

La sclérotique tend à s'amincir; elle apparait beaucoup plus bleuâtre du côté gauche que du côté droit.

Le résultat de cette opération mérite de fixer l'attention, d'abord à cause des circonstances qui s'étaient produites antérieurement du côté gauche, et qui devaient faire craindre que des accidents graves n'intervînssent. C'est sans contredit au peu de durée et à la nature de la manœuvre opératoire que doit être rapporté le succès.

Ce qui doit encore être signalé, c'est que la rétine, qui n'avait jamais fonctionné chez cette femme arrivée à sa quarante et unième année, n'a pas été impressionnée autrement par la lumière, les couleurs et les objets, qu'une rétine qui eût autrefois reçu les mêmes impressions, et qui les eût ressenties de nouveau après l'éloignement de la cause qui l'y soustrayait depuis un long espace de temps. La sensibilité, d'abord peu prononcée, s'est éveillée peu à peu; et si la vision n'est pas des meilleures, il faut en rechercher la cause, non pas dans l'ancienneté de la cataracte, mais dans la maladie grave qui s'est développée du côté gauche, et qui tend, comme c'est toujours le cas, à envahir l'autre œil.

Un œil cataracté qui n'a jamais servi, ou a cessé, dès les premières années de la vie, de servir à la vision, mais dont le congénère a depuis un certain temps seulement cessé sa fonction, ne peut être comparé à un œil cataracté ou perdu depuis la même époque chez un individu privé de l'autre œil.

Dans la cécité congénitale, le cerveau n'a jamais reçu les impressions physiologiques spéciales qui lui sont transmises par l'appareil sensitif de l'œil; dans l'autre cas, au contraire, le cerveau a été impressionné par l'aide de l'œil qui vient d'être perdu, et l'éducation de membranes jusqu'alors inactives est loin d'offrir les mêmes difficultés.

Que si le congénère d'un œil perdu dès la naissance, ou depuis longtemps, avait aussi cessé depuis très-longtemps sa fonction, et surtout si cette cessation datait des premières années de la vie, le malade pourrait être considéré comme aveugle-né (1); le succès d'une tentative opératoire serait alors réellement digne de remarque.

(1) Voir *Annales d'Oculistique*, vol IX, p. 46, l'observation que nous avons

Un fait de la nature de celui rapporté par M. Serre (1), de celui que nous venons de dire, ou de celui dont la relation suit, n'offre donc, selon nous, rien qui doive étonner. On comprendra que dans les cas où la date de la cataracte de l'œil livré ou rendu à la vision est très-éloignée, la difficulté de l'éducation sera plus grande (2); cette difficulté est surtout plus prononcée si la nature de la cataracte est telle que depuis un très-long espace de temps la rétine et le nerf optique sont absolument ou presque absolument restés inactifs, ces organes étant alors devenus moins sensibles. Mais cette sensibilité ne tarde pas à se réveiller à un degré plus ou moins prononcé, soit par le seul effet de l'action de la lumière, soit par la gymnastique oculaire dont nous avons montré ailleurs toute l'utilité dans les cas de cette nature (3).

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Gazette médicale de Paris.

Opération de cataracte datant de 44 ans, suivie de rétablissement de la vue; par M. Dubois, de Neuchâtel (Suisse). — Une demoiselle de 49 ans vint consulter l'auteur, en juillet 1841, pour une cataracte commençante de l'œil gauche. En examinant l'œil droit, dont la malade ne voyait plus depuis l'âge de 5 ans, M. Dubois reconnut l'existence d'un léger albugo central et d'une cataracte non adhé-

publiée d'une pupille artificielle pratiquée sur un individu de 43 ans, aveugle depuis 25 ans; le nerf optique et la rétine avaient désappris à sentir : nous avons dû refaire leur éducation.

(1) Le titre de l'observation de M. Serre peut facilement induire en erreur : il ne s'agit pas d'une opération de cataracte sur un individu *frappé de cécité depuis 60 ans*, mais bien d'une opération sur un œil *cataracté depuis 60 ans*, chez un individu ayant cessé tout récemment de voir de l'autre œil.

(2) M. Jans (voir *Ann. d'Ocul.*, vol. X, p. 128) a opéré avec succès une femme de 50 ans, dont l'œil droit, cataracté de naissance, était amaurotique; l'œil opéré avait cessé de fonctionner depuis 20 ans. Le succès a été complet. Nos lecteurs connaissent le fait rapporté par M. Hartmann (voir notre premier vol. supp., p. 179), qui a rendu une vue très-bonne à un malade cataracté des deux yeux depuis 36 ans. Ces deux faits sont encourageants.

(3) Voir *Annales d'Oculistique*, vol. IX, p. 46.

rente. — La vision de l'œil gauche étant déjà fort embarrassée, ce chirurgien proposa d'opérer l'œil qui ne fonctionnait plus depuis 14 ans. — L'opération eut lieu par l'aiguille ; la malade vit immédiatement après l'abaissement, et la sensation fut même assez douloureuse pour causer une grande émotion et des accidents nerveux. — Ce ne fut qu'après sept semaines que le traitement institué triompha de la photophobie parfois accompagnée de douleurs atroces. — L'opérée y voyait alors assez pour lire et se livrer à des ouvrages d'aiguille ; en un mot, la vue s'est rétablie autant que le permettait l'albugo. — En 1842, la cataracte de l'œil gauche « *qui avait eu le temps de mûrir,* » a été opérée ; la vue de ce côté est meilleure, ce qu'explique assez l'obscurcissement du centre de la cornée droite.

—

Note sur les cataractes anciennes; par M. Tavignot. — Cette note a été écrite à l'occasion de l'article ci-dessus de M. Serre, qui a été adressé aux *Annales d'Oculistique*, en même temps qu'à la *Gazette médicale de Paris*, qui l'a publié alors que nous avions déjà écrit et livré à la composition les lignes qu'on a lues plus haut. Nous parlerons prochainement de la note de M. Tavignot.

—

De la névralgie ciliaire; par M. Tavignot. — « Les petits filets nerveux qui partent du ganglion ophthalmique pour pénétrer dans l'intérieur de l'œil, soit par la partie postérieure de la sclérotique, soit par la partie antérieure, forment en quelque sorte un système à part au milieu des nerfs qui concourent plus ou moins aux fonctions du globe oculaire ou de ses annexes. Ces nerfs sont à la fois *moteurs, sensitifs et organiques*, puisque le ganglion dont ils émanent communique avec la 3ᵉ et avec la 5ᵉ paire, ainsi qu'avec le grand sympathique. De plus, on peut dire sans exagération que les filets ciliaires sont répandus dans toute la trame organisée de l'œil et qu'ils en sont devenus parties constituantes. Il suffit de se rappeler que la rétine est une membrane nerveuse douée d'une sensibilité spéciale, et tout à fait impropre à exercer le rôle d'agent sensitif général, ainsi qu'on l'a établi depuis longtemps, pour être déjà tout disposé à admettre que les phénomènes de sensibilité pathologique, les *douleurs*, en un mot, dont l'œil peut être le siége ou le point de départ, *dépendent d'un état névralgique du système ciliaire.* »

M. Tavignot admet trois espèces de névralgie ciliaire :

I. *Névralgie ciliaire idiopathique.* — Elle a des caractères com-

muns avec toutes les névralgies. Comme elles, elle débute spontanément ; on ne peut en préciser la cause, du moins dans la plupart des cas ; elle affecte plus particulièrement les sujets nerveux ; son début a lieu quelquefois consécutivement à d'autres états névralgiques de nerfs plus ou moins éloignés; elle peut être continue ou périodique, à type plutôt rémittent qu'intermittent : sous ce rapport, elle se différencie de la névralgie du sus-orbitaire, qui est dans certains cas franchement intermittente. — Au début, clignotement exagéré des paupières; yeux larmoyants, fuyant l'impression de la lumière ; iris violemment contracté. Le malade, ayant les yeux fermés, croit voir voltiger des corps de différentes couleurs et de formes variables. Quelquefois l'œil affecté se dévie dans un sens ou dans un autre, et donne lieu à la diplopie. En même temps, sentiment de tension et de douleur cuisante, brûlante, dans le fond de l'orbite et dans tout le globe oculaire.

Cet état névralgique est le plus souvent limité, au commencement, au globe de l'œil; mais plus tard il s'irradie, en général, aux parties environnantes de l'orbite, et suivant le trajet du nerf ophthalmique. Quelquefois ces symptômes paraissent augmenter lorsque le malade est au lit.

La vision souffre à différents degrés de cet état nerveux de l'œil; il n'y a plus la netteté et la précision ordinaires; les objets paraissent ou plus grands, ou plus éclairés, ou recouverts d'autres corps à formes bizarres; ou bien les malades ne voient que la moitié des objets.—Cette surexcitation de l'œil dure-t-elle longtemps, des complications diverses peuvent survenir : l'amaurose, l'inflammation de l'iris, un trouble plus ou moins marqué dans les parties transparentes de l'œil ; néanmoins ces désordres sont rares.

La marche de cette affection n'a rien de bien régulier ; elle peut guérir assez promptement sans laisser après elle de trouble de la vue. Mais, passée à l'état chronique, elle entraîne dans l'œil des désordres considérables, qu'il est inutile d'énoncer. Sans passer à la chronicité, cette névralgie peut se déplacer pour se porter sur une autre division de la cinquième paire, qu'elle quitte bientôt pour revenir à son premier siége, et ainsi de suite un grand nombre de fois.

La névralgie ciliaire peut exister associée à une autre névralgie, par exemple et plus fréquemment, à celle du nerf sus-orbitaire. Il en résulte une névralgie composée dont les éléments sont toujours fort distincts.

II. *La névralgie ciliaire traumatique* ne diffère de la précédente que par la cause qui la produit, qui est toujours une violence extérieure. Ce ne sont pas les violences les plus graves qui produisent cette névralgie ; il suffira souvent d'une simple piqûre. Une des causes qui lui donnent le plus souvent lieu, c'est la présence de corps étrangers implantés dans l'œil, et qui y demeurent fixés pendant un temps plus ou moins considérable. L'opération de la cataracte par abaissement la produit quelquefois.

III. *La névralgie ciliaire chronique*, ou avec altération du tissu de l'œil, doit comprendre, selon M. Tavignot, certaines affections glaucômateuses, accompagnées de douleurs circum-orbitaires, ainsi que quelques affections amaurotiques mal à propos, dit-il, attribuées à l'inflammation. L'examen des preuves sur lesquelles M. Tavignot appuie ses opinions nous entraînerait beaucoup trop loin.

Quant au traitement, sauf certaines indications de la névralgie ciliaire traumatique, les moyens à employer sont les mêmes pour les trois espèces. La saignée, au début, soit générale, soit locale, est indiquée. On la fera suivre de quelques purgatifs, de frictions sur le front et l'orbite avec une pommade mercurielle, soit simple, soit belladonée ou opiacée, de révulsifs cutanés. Si la maladie a une marche franchement intermittente, le sulfate de quinine sera employé avec le plus grand succès.

Journal des Connaissances médico-chirurgicales.

Note sur l'anchylops érysipélateux de Beer ; par M. le docteur Sichel.— Beer a donné le nom d'*anchylops érysipélateux* à un érysipèle du grand angle de l'œil et des parties voisines ; il en a fait une maladie particulière et idiopathique. M. Sichel a souvent observé le gonflement érysipélateux de la région lacrymale et des paupières, mais il l'a toujours reconnu comme symptomatique d'une inflammation du sac lacrymal arrivée à l'état de suppuration ou sur le point de passer à la période suppurative : c'est plutôt un œdème précurseur de la suppuration, comme dans l'orgeolet (voir *Annales d'Oculistique*, vol. IX, p. 217), œdème accompagné d'un certain degré de gonflement érysipélateux, qu'un érysipèle franc. Cette affection s'étend le plus souvent sur les deux paupières et jusqu'à la racine du nez : quelquefois même la région lacrymale paraît en être

beaucoup moins affectée que les paupières ; mais en pressant sur le grand angle de l'œil, à l'endroit qui correspond à la paroi antérieure du sac lacrymal, on y sent tantôt un engorgement peu nettement accusé, tantôt une tumeur rénitente et douloureuse, profondément située, ovalaire, ou affectant la forme d'une fève. Dans le premier cas, il est quelquefois facile de reconnaître un empâtement ou même une fluctuation dans la région lacrymale, encore accompagnés de douleur plus ou moins vive.

Toutes les fois que la tumeur est plus distincte et plus circonscrite, c'est le signe d'une phlogose actuelle du sac lacrymal (dacryocystite).

Souvent la sensibilité du patient ne permet pas de se convaincre de l'existence de cette inflammation, plus ou moins intense, autrement que par une pression rapide et légère ; le malade retire immédiatement la tête en donnant des signes de douleur, et refuse de se soumettre à un examen plus approfondi. Quoi qu'il en soit, quand à l'un de ces signes vient se joindre l'œdème érysipélateux particulier dont nous parlions à l'instant, cela suffit pour confirmer le diagnostic et prononcer sur l'existence d'une tumeur lacrymale inflammatoire passée ou devant passer très-prochainement à l'état de suppuration. — Dans ses cours cliniques, M. Sichel a souvent montré des cas de cette nature, et jamais, si sa mémoire est fidèle, le diagnostic et le pronostic n'ont manqué d'être confirmés au bout de quelques jours. En effet, à moins qu'avec la lancette on ne donne immédiatement issue à la matière purulente, dans la majorité des cas, l'abcès perce au bout de quelques jours ; dès qu'il est ouvert, l'œdème et l'érysipèle se dissipent promptement. Quand, par exception, la résolution a lieu et que le pus est résorbé, il reste une tumeur lacrymale inflammatoire ou subinflammatoire chronique. Une preuve certaine que la maladie siége primitivement dans les organes lacrymaux, et non dans le tissu cellulaire sus-jacent, comme l'a cru Beer, c'est que les malades, lorsqu'ils se présentent pour la première fois, disent presque avoir toujours éprouvé longtemps avant le gonflement érysipélateux, soit un larmoiement plus ou moins considérable, soit un certain degré de gonflement du sac lacrymal, gonflement qui les a forcés de presser de temps à autre pour faire sortir les larmes mêlées de mucus.

M. Sichel croit donc que Beer s'est trompé sur la nature de la maladie qu'il a appelée *anchylops érysipélateux*, et que ce nom, comme il le professe depuis bien des années, doit disparaître

du cadre nosologique. M. Sichel ne se rappelle aucun exemple où l'affection primitive dont l'anchylops est le symptôme n'ait eu son siége dans les voies lacrymales. Cependant il ne veut point nier catégoriquement que cette affection, d'une manière toute exceptionnelle, ne puisse être quelquefois une simple inflammation du tissu cellulaire sous-cutané, c'est-à-dire un phlegmon de la région lacrymale ; mais toujours est-il que ce gonflement érysipélateux et œdémateux dont nous parlons ne survient, même dans ces cas, qu'au moment où la suppuration commence, ou bien est imminente.

Il s'ensuit que cette affection, n'ayant rien qui lui soit propre, ne peut exiger un traitement particulier. Dépendant de la maladie primitive, elle cesse avec elle, et ne donne aucune indication que celles qui sont fournies par la suppuration commençante ou plus ou moins avancée, mais presque toujours masquée par le gonflement. Lorsque la suppuration est avancée et la fluctuation manifeste, un coup de lancette dans le foyer purulent, à travers la membrane fibreuse du sac lacrymal, est le moyen le plus prompt : quand même il existe encore un certain degré d'inflammation, elle ne doit être aucunement considérée comme une contre-indication. Lorsque l'ouverture a été pratiquée, on y fait succéder une douce pression qui débarrasse, autant que possible, les régions malades du pus accumulé au-dessous et au-dessus de la paroi antérieure du sac lacrymal. L'accumulation du pus est-elle moins considérable, un purgatif, réitéré au besoin, et des onctions résolutives de pommade mercurielle, amènent tantôt l'ouverture spontanée de l'abcès, tantôt, mais bien plus rarement, la résorption du pus. On y associera avantageusement des cataplasmes ou des fomentations d'herbes émollientes, moyens recommandables dans le véritable érysipèle.

Il n'est utile d'appliquer au pourtour de l'abcès des sangsues (au nombre de huit ou quinze), que dans le cas où l'inflammation, encore très-prononcée, se montre avec une tumeur douloureuse circonscrite et rénitente.

Cependant, lorsque le gonflement érysipélateux s'est déjà manifesté, il est bien rare que le traitement antiphlogistique fasse avorter la suppuration ; aussi M. Sichel n'y a-t-il pas souvent recours.

Lorsque l'œdème, la suppuration et l'inflammation ont disparu, presque toujours il reste un larmoiement, qui a pour cause la phlegmasie chronique et le boursoufflement de la membrane muqueuse des voies lacrymales. A cette période de l'affection, les moyens qu'il

convient d'employer sont d'abord les collyres astringents instillés dans l'œil, et, au besoin, injectés dans les points lacrymaux. On commence par le plus doux, l'acétate de plomb, par exemple, et l'on passe successivement, si besoin est, au sulfate de cuivre, de zinc, de fer, et au nitrate d'argent. Comme moyen auxiliaire, il est bon d'employer un liquide d'abord simplement émollient, comme l'eau de guimauve, que l'on fait renifler par la narine correspondante à l'œil malade. On peut ensuite y substituer une solution de mauve dans du lait. Plus tard, on a recours à une prise de poudre sternutatoire que le malade aspirera une ou deux fois par jour par la narine du côté malade. Cette poudre se compose avantageusement de parties égales de fleurs de muguet, d'iris de Florence, de sucre candi, et de marronnier d'Inde. Si, plus tard, il fallait un moyen plus efficace, on pourrait encore remplir l'indication en y ajoutant de 10 à 30 centigrammes (gr. ij à vj) de poudre d'ellébore, par 15 grammes (1/2 once) de la totalité de la première poudre.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Cinq cachets inédits de médecins-oculistes romains, publiés et expliqués par le docteur Sichel, licencié ès-lettres de la Faculté de Paris, chevalier de la Légion d'honneur et de l'Ordre de Léopold (de Belgique), commandeur de l'Ordre du Christ (de Portugal). — Brochure grand in-8°, pp. 22. Paris, 1845, Félix Malteste et compagnie. (Extrait de la *Gazette médicale de Paris*.)

Notre savant et infatigable collaborateur, M. le docteur Sichel, vient d'enrichir la *Gazette médicale de Paris* d'un travail non moins piquant par son objet que remarquable par son exécution, et dont, à ce double titre, la communication ne pourra être que bien venue à nos lecteurs.

« On sait que les oculistes romains possédaient des cachets ou tablettes de pierres gravées, sur lesquels étaient inscrits les noms des collyres ou topiques oculaires qu'ils employaient habituellement, et le plus souvent aussi celui du médecin. » 40 ou 41 de ces cachets, découverts à des époques ou dans des contrées différentes, déposés dans des collections publiques ou privées, ont trouvé déjà dans des antiquaires distingués de savants interprètes. M. le docteur Sichel, dont l'esprit âpre au travail et essentiellement critique, loin de se rebuter devant les nombreux obstacles dont les études archéolo-

giques sont entourées, les recherche avec prédilection et s'y trouve parfaitement à l'aise, a saisi avec empressement l'occasion qui s'est présentée à lui d'examiner, au Cabinet des médailles de Paris, trois de ces cachets encore inédits, pour en faire le sujet d'une étude approfondie.

Après avoir mentionné successivement les travaux de ses prédécesseurs et avoir indiqué les ouvrages dans lesquels ils sont déposés, l'auteur passe à la description des cachets inédits que, pour faciliter leur classement, il a désignés, à l'exemple de Saxe et de Tôchon, par le nom de la ville près de laquelle ils ont été trouvés. — On conçoit sans peine l'impossibilité où nous sommes de suivre l'auteur dans les descriptions très-détaillées et même minutieuses dans lesquelles il entre au sujet de chacun d'eux : on ne pourrait les abréger sans les mutiler. C'est en les lisant dans l'original qu'on pourra comprendre le soin consciencieux avec lequel il y a procédé. Cependant, nous devons le dire, jusque-là tout antiquaire aurait pu en faire autant; il n'y en a même pas un jaloux de sa réputation qui ne l'eût fait. Mais ce qui était réservé à M. Sichel, ce qui ne pouvait être accompli que par un oculiste possédant au même degré que lui une instruction profonde, une érudition vaste, un jugement sûr, aussi profondément versé dans l'histoire de son art, c'est le rétablissement des inscriptions portées par ces cachets, là où elles étaient tronquées, leur correction là où elles étaient fautives, leur débrouillement là où elles étaient obscures. C'est en lisant et en relisant avec un plaisir, chaque fois nouveau, les sagaces et judicieux commentaires dont est accompagnée l'explication de chaque cachet, et par lesquels est justifié le sens donné aux inscriptions, que nous avons reconnu toute la justesse de cette réflexion de notre savant auteur : « On voit que pour l'interprétation des monuments appartenant à un ordre spécial de faits scientifiques, il ne suffit pas d'être antiquaire consommé, il faut encore connaître à fond la branche de la science à laquelle ces monuments se rattachent, ou au moins être familiarisé avec elle par les ouvrages de l'antiquité qui en traitent. »

En terminant cette note, que j'abrège à regret, mais dont le but n'a été, ainsi que je l'ai dit plus haut, que de signaler aux lecteurs de ce journal le nouveau service rendu par M. Sichel à la science, j'exprimerai le vœu que l'intention qu'il manifeste de publier une monographie complète de tous les cachets d'oculistes romains, de les reproduire, et d'entrer à leur sujet dans des descriptions et des explications plus détaillées, se réalise bientôt. FALLOT, D. M.

Etudes cliniques sur les maladies de la cornée; par le docteur TAVIGNOT, ex-chirurgien interne des hôpitaux civils de Paris, chef de clinique des maladies des yeux à la Pitié. Paris, 1845, gr. in-8°, pp. 23, à deux colonnes. (Extrait du *Journal des Connaissances médico-chirurgicales.*)

La cornée, membrane d'une texture complexe, est sujette à des maladies qui diffèrent suivant le tissu qui est affecté ; ses altérations présentent en outre des différences notables selon la cause qui les a produites. Cependant, bien que distinctes les unes des autres, les maladies de la cornée se compliquent, se confondent, se transforment de telle forme en telle autre. M. Tavignot a cherché, dans le mémoire dont nous nous occupons, à isoler les variétés des kératopathies des nuances morbides qui peuvent les obscurcir, et à en faire des types primordiaux ; il en a basé la momenclature, tantôt sur l'espèce de tissu affecté, d'autres fois sur les principaux phénomènes objectifs que présente la maladie.

Il traite, dans deux sections séparées, des kératites aiguës et des kératites chroniques. La première section comprend les variétés ou types suivants :

Kératite conjonctivale.— Parmi les causes mécaniques auxquelles cette variété doit surtout son origine, nous avons été surpris de rencontrer le frottement du bord libre des paupières devenues granuleuses. Nous avons vu un bon nombre d'affections oculaires, nous avons visité, sans exagérer, des milliers d'hommes affectés de granulations, et jamais nous n'avons rencontré de ces productions morbides sur le bord libre des paupières.

Kératite éruptive. — C'est l'ophthalmie scrofuleuse de plusieurs auteurs. Mais quelle est la forme élémentaire de l'éruption qui caractérise cette variété? Est-ce une pustule, une vésicule, ou une phlyctène ? Cette question méritait d'être approfondie, car chacune de ces formes éruptives peut avoir une cause, un siége différents. Peut-être sa solution eût-elle conduit l'auteur à établir d'autres variétés de kératite éruptive, et à ne pas confondre sous une même dénomination des états morbides qui, par quelques caractères différentiels assez tranchés, semblent n'être pas tout à fait identiques. M. Mackenzie a établi deux variétés d'ophthalmie éruptive : l'une phlycténulaire, l'autre pustuleuse. La première, plus grave, attaque particulièrement les jeunes enfants ; elle est le plus ordinairement accompagnée d'une excessive intolérance de la lumière, de blépharo

spasme, de larmoiement : la seconde variété est moins dangereuse ; elle affecte plus spécialement les enfants plus âgés et les jeunes adultes. On n'observe jamais dans celle-ci la contraction spasmodique des paupières si caractéristique dans l'autre ; la photophobie est légère, et souvent elle n'existe pas ; il y a des différences assez tranchées dans la forme de l'éruption, dans celle des ulcérations consécutives et de l'injection conjonctivale qui l'accompagne ; enfin, elle cède beaucoup plus facilement et à un traitement simple. Bien que M. Tavignot ne voie dans la photophobie qu'une simple complication, et non un symptôme propre à la kératite éruptive, nous n'en croyons pas moins cette distinction fondée et utile dans la pratique. Cependant l'ophthalmologiste écossais fait un peu lui-même confusion dans les termes. C'est, dit-il, un liquide aqueux, et non du pus, qui s'écoule à l'ouverture des larges éruptions de l'ophthalmie pustuleuse. Or, il n'y a pas de pustule sans pus.

M. Tavignot n'est pas partisan de la cautérisation de la vésicule ou pustule par le nitrate d'argent. Nous y avons cependant eu recours avec succès dans la variété pustuleuse. Il préfère en général détruire en temps opportun les vascularités, et il donne pour cela la préférence à l'excision.

Kératite purulente ; *kératite plastique*.— Épanchement de pus ou de lymphe plastique entre les lames de la cornée. L'auteur en fait deux types distincts.

Kératite en fusée.— Petite tumeur du volume d'un grain de millet, se déplaçant de la circonférence vers le centre de la cornée, en laissant derrière elle une traînée d'un blanc laiteux. C'est encore une nuance d'ophthalmie scrofuleuse propre à l'enfance, qui se rapproche de la kératite éruptive de l'auteur. Elle exige l'emploi des toniques, des martiaux, etc. L'auteur s'est demandé s'il n'y aurait pas quelque moyen de détruire sur place cette *papule* ambulante, et il conseille à cet effet le traitement suivant, qui doit être mis en usage au début :

« Avec l'extrémité pointue d'un crayon de nitrate d'argent, l'on touche pendant quelque temps la petite tumeur papuleuse que l'on aura, au préalable, mise à nu en grattant légèrement, avec la pointe d'un bistouri, la conjonctive si ténue et le feuillet cornéal si mince qui la recouvrent. L'eschare produite est éliminée bientôt après, et il reste à sa place un ulcère médiocrement profond, qui n'est suivi que d'une opacité sans importance, puisqu'elle se rencontre à la circonférence de la cornée. Par cette méthode, ajoute-t-il, on arrête

les progrès ultérieurs du mal et l'on combat à la fois la maladie principale et toutes ses conséquences. »

Kératite ulcéreuse.— L'auteur en distingue plusieurs espèces fondées sur la forme et l'aspect des ulcérations ; mais, ainsi qu'il le dit lui-même, ces distinctions sont peu importantes, et elles le sont d'autant moins pour lui, qu'il annonce avoir trouvé un traitement également efficace dans toutes ces variétés. C'est un collyre nouveau dont il vante beaucoup l'efficacité, et qui se recommande à l'attention des praticiens : « Nous voulons parler, dit M. Tavignot, d'une solution de sel marin dans les proportions variables de 4 à 10 gramm. (ʒj à ijß) par 30 gramm. (℥j) d'eau, que l'on instille dans l'œil trois fois par jour. La douleur que détermine le chlorure de sodium est sur l'instant très-vive et plus insupportable encore que celle produite par le nitrate d'argent à dose ordinaire ; mais, par compensation, elle dure bien moins de temps. » L'auteur dit avoir guéri par ce moyen des kératites qui avaient résisté aux moyens ordinaires, et d'après les essais comparatifs auxquels il s'est livré, il n'hésite pas à affirmer que la supériorité du sel marin sur les substances employées jusqu'aujourd'hui lui paraît définitivement établie dans tous les cas de kératite ulcéreuse.

Kératite séreuse. — Inflammation de la séreuse qui revêt la face postérieure de la cornée.

La deuxième section, celle des kératites chroniques, comprend trois espèces seulement : la kératite plastique, la vasculaire, et les diverses formes terminales de la maladie. La difficulté de reconnaître les limites de l'état aigu et de l'état chronique, et le type, en quelque sorte commun, vers lequel tendent, dans ce dernier état, les divers genres de kératites, justifient le petit nombre d'espèces comprises dans cette catégorie.

Dans la kératite vasculaire chronique, M. Tavignot préconise un collyre nouveau qu'il formule ainsi : teinture de cantharides, 15 gouttes ; eau, 4 grammes (ʒj); solution de gomme, quantité suffisante pour tenir en suspension. Ses effets se rapprochent de ceux du nitrate d'argent ; mais ils lui ont paru plus marqués. Il pense que l'on a exagéré l'influence des granulations sur la production des vascularités conjonctivales de la cornée, et il regarde ce collyre ou celui au nitrate d'argent comme tout aussi efficace, dans ce cas, que le caustique immédiatement appliqué aux paupières granuleuses. Nous avons vu trop souvent ces injections cornéales disparaître avec rapidité après quelques applications du crayon de nitrate d'ar-

gent sur les rugosités qui recouvraient les muqueuses palpébrales supérieures, pour nous ranger à cet avis, d'autant plus que souvent les autres moyens avaient été vainement employés auparavant.

Nous regrettons de n'avoir pu suivre l'auteur dans les nombreux détails où il est entré, ni signaler toutes les parties saillantes de son travail : une pareille analyse nous eût conduit trop loin. Nous avons dû nous borner à tâcher de donner une idée de l'esprit qui l'a dirigé ; le reste doit être puisé à la source. Le mémoire de M. Tavignot annonce un praticien instruit qui s'occupe avec succès de l'ophthalmologie, et qui cherche, par une plus grande précision, à en perfectionner l'étude.

GOUZÉE, D. M.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

FISCHER. — *Lehrbuch der gesammten Entzündungen und organischen Krankheiten des menschlichen Auges, seiner Schutz-und Hilfsorgane*. Prague, 1846, Bonosch et André, gr. 8° pp. XX-411, et une feuille non paginée.

CHELIUS (M. J.).— *Handboek der Oogheelkunde, naar het Hoogduitsch*, door VAN GENDEREN STORT.— Eerste Deel. — Leeuwarden, 1844, G. T. N. Suringar, 8° pp. XVI-389.

CHRONIQUE.

LIÉGE. — L'auteur du *Mémoire sur l'ophthalmie scrofuleuse*, analysé dans la livraison de septembre des *Annales d'Oculistique*, n'est point le docteur *Borlée*, de Huy, mort il y a quelques mois, mais son neveu, M. le docteur *J. Borlée*, ancien chef de la clinique chirurgicale à notre université, fixé aujourd'hui en notre ville.

CHARLEROI.— *L'Echo de Sambre-et-Meuse* contient le testament d'un vieillard originaire de l'arrondissement de Charleroi, qui vient de mourir à la Guadeloupe, à l'âge de 108 ans. Par une clause bizarre insérée dans l'écrit contenant ses dernières volontés, il lègue toute sa fortune aux Belges nécessiteux de l'arrondissement de Charleroi, qui pourront produire un certificat de deux oculistes constatant qu'ils sont louches depuis au moins dix ans. (*Le Politique*, 17 novembre.)

CHINE. — Le journal *Hong-Kong Gazette* publie les statuts de la Société médicale qui s'est formée à Hong-Kong. Cette Société a tenu sa première séance le 13 mai dernier ; M. le docteur Tucker a été élu président, et M. le docteur Hobson a été nommé secrétaire. Il a été décidé que la compagnie prendrait le titre de : *China Medico-Chirurgical Society*. Son but est l'étude des maladies médico-chirurgicales de la Chine, au moyen des communications mutuelles des membres associés, et la formation d'une bibliothèque.

ANNALES

D'OCULISTIQUE.

Tome XIV. — 2e série. Tome 2me. — 6me livraison.
DÉCEMBRE 1845.

TRAVAUX ORIGINAUX.

LETTRES AU DOCTEUR FLORENT CUNIER, SUR LA STRUCTURE DE LA CONJONCTIVE ;

Par feu le docteur WERNECK, médecin de régiment au service de l'Autriche, professeur à l'École de médecine de Salzbourg, etc., etc.

Deuxième lettre.

Quelques considérations microscopico-anatomico-pathologiques.

Lorsqu'on touche légèrement l'épithélium de la conjonctive de la cornée, de la sclérotique ou des paupières, avec du nitrate d'argent ou de la chaux vive, il devient instantanément blanc et opaque. Mais cette opacité ne dure pas longtemps ; l'épithélium se desquame, et l'endroit touché reprend une transparence complète.

A la suite des lésions par instruments tranchants, on voit le même phénomène qu'à la suite des lésions de l'épiderme ; il ne s'opère pas de réunion, mais la partie se desquame également d'une manière insensible. On peut même impunément râcler toute une partie de l'épithélium de la cornée ; j'en ai plusieurs fois acquis la preuve, en éloignant des corps étrangers au moyen de l'aiguille à cataracte. Les vésicants soulèvent l'épithélium, déterminent une pustule qui s'ouvre, et sous laquelle se forme un épithélium nouveau et transparent.

Des lésions traumatiques sans perte de substance, qui pénètrent jusqu'à la couche papillaire ou la traversent, guérissent très-vite, sans laisser aucune trace durable de cicatrice ; mais des lésions

accompagnées de perte de substance ne guérissent jamais sans suppuration.

A la vérité, si l'enlèvement complet de la couche papillaire a été étendu, la substance ne se regénère pas ; mais la cicatrice qui reste n'est pas opaque : au contraire, elle est transparente ; car il se forme un épithélium nouveau et transparent à l'endroit qui se guérit, et la surface lésée reste à l'état de facettes.

On remarque un phénomène analogue dans les phlyctènes ou les ulcérations, pourvu qu'elles ne pénètrent pas au delà du corps papillaire.

Mais lorsque la couche papillaire se trouve corrodée et enlevée, et que la couche fibreuse qui est au-dessous d'elle est plus ou moins lésée, alors il se forme des cicatrices raboteuses et opaques.

Lorsque l'inflammation de l'épithélium de la conjonctive menace la vitalité au point que cette membrane se boursouffle et devient végétante, il arrive que tôt ou tard cet état se communique aussi à l'épithélium de la cornée, et nous voyons se former ce qu'on appelle un *ptérygion*, qui représente une lame séreuse à la surface intérieure de laquelle on remarque quelques vaisseaux rougés. Ces vaisseaux ne sont cependant pas des produits de l'inflammation, mais des vaisseaux qui ne contenaient auparavant que du sérum, et qui ont augmenté de calibre et charrient maintenant des globules de sang. L'augmentation des vaisseaux séreux ne se faisant que peu à peu, ces vaisseaux rouges ne peuvent pas se présenter simultanément sur la conjonctive de la sclérotique et sur celle de la cornée. Lorsque la dilatation commence, les vaisseaux séreux deviennent d'abord troubles, blanchâtres, et ce n'est que par la suite, lorsqu'on y aperçoit une espèce de battement, comme celui du pouls, qu'ils reçoivent du sang rouge.

Dans l'état inflammatoire chronique de la conjonctive de la cornée, que l'on nomme ordinairement *pannus*, l'épithélium ainsi que la couche papillaire sont affectés d'une vascularisation ; je dirai presque d'usure. Dans ce cas, et au commencement de la maladie, des vaisseaux rouges venant du corion enflammé de la conjonctive de la sclérotique, se prolongent dans le corps papillaire de la cornée, et, à la fin, ces vaisseaux se réunissent de tous côtés et forment une espèce de lacis sur la conjonctive de la cornée. Alors, non-seulement les vaisseaux séreux naturels se sont transformés en vaisseaux sanguins, mais, de plus, des vaisseaux anormaux nouvellement formés ont traversé et entrelacé les papilles.

Lorsque la conjonctive est le siége d'une affection blennorrhoïque, on la voit souvent rougir légèrement et s'humecter, avec une légère démangeaison, au bout de 8 ou 10 heures. Si l'on examine l'humeur sécrétée au microscope, on y découvre une très-grande quantité de cellules d'épithélium qui nagent dans le *secretum* clair, non visqueux, aqueux (le sérum).

Cette forte desquamation de l'épithélium dure environ 12 à 14 heures, et le *secretum* où se trouvent ces cellules finit par devenir trouble et gluant. Si l'on examine ce mucus, que l'on peut tirer en fils, on voit que les cellules membraneuses ne sont plus si nombreuses et qu'elles-mêmes ont éprouvé un vrai changement pathologique. Elles ont : 1° perdu leur transparence : elles sont moins consistantes, et leur enveloppe est retirée sur elle-même en quelques endroits ; ce qui les fait paraître plus petites que dans l'état normal ; 2° elles sont garnies de petits corpuscules, tantôt ronds, tantôt ovales. Ces corpuscules ne semblent cependant pas adhérents à l'intérieur de la cellule d'épithélium, mais à sa surface extérieure. L'acide acétique ne modifie pas ces cellules.

Lorsque la maladie continue, il arrive souvent qu'après 48 heures l'on ne voit plus que très-peu ou point de cellules d'épithélium dans le *secretum* ; mais ce dernier présente une disposition particulière. Dans l'humeur semblable au sérum du sang, déjà mentionnée, on voit nager un nombre infini de corps ronds, grenus et jaunâtres. Ces corps, que l'on a nommés avec raison *Eiterkörperchen* (corpuscules purulents), se présentent, sous le microscope, comme des vésicules rondes, souvent lenticulaires, à surface convexe légèrement granulée, et ayant de 1/180 à 1/300'''. Si l'on y verse de l'acide acétique un peu étendu et privé complètement d'acide sulfurique, l'enveloppe de ces corpuscules purulents se dissout peu à peu et laisse apparaître des grains biconcaves semblables aux corpuscules sanguins. Dans chaque enveloppe on trouve un de ces grains, et le plus souvent deux ou trois. Ils ont de 1/800 à 1/900'''. Entre ces corpuscules purulents, on trouve répandus çà et là des grains ronds plus petits.

Dans la continuation de la blennorrhée, il n'est pas rare que les corpuscules purulents perdent leur forme sphérique et deviennent ovales ou même anguleux. Le *secretum* blennorrhoïque devient souvent rougeâtre pendant la durée de la maladie aiguë : si alors on prend une goutte de ce pus, qu'on la mette sur une tablette de verre, et qu'on la couvre d'une lamelle de verre très-mince, les cor-

puscules purulents entiers se rassemblent très-vite et forment des îles membraneuses, et dans les espaces intermédiaires, occupés par le sérum purulent, on voit des corpuscules plus petits que les corpuscules purulents, tout à fait transparents, non granulés et très-élastiques ; ils se séparent des corpuscules purulents et roulent avec le courant du sérum, souvent en changeant de forme. Beaucoup d'entre eux ont une forme biconcave, plusieurs sont concaves convexes et ont la forme d'écuelles ; ils sont unis et nullement granulés.

Je regarde les premiers comme de véritables corpuscules sanguins entremêlés parmi les corpuscules purulents : pour ce qui est des seconds, peut-être sont-ils aussi des corpuscules sanguins modifiés. Les biconcaves ont 1/400 de diamètre, ceux en forme d'écuelle un peu moins. Lorsqu'une nouvelle inflammation affecte la surface suppurante de la muqueuse, ou que l'inflammation existante se trouve de nouveau augmentée et portée à un point où son *secretum* diminue, il arrive aussi que la forme des corpuscules purulents est considérablement modifiée : ces derniers deviennent alors allongés, ovales, quelquefois même transparents, mais non grenus.

Au commencement de la suppuration, la sécrétion du sérum purulent est plus abondante que pendant la période aiguë même : quand la suppuration diminue, la granulation diminue également ; et la formation du sérum purulent clair augmente de plus en plus, jusqu'à ce que peu à peu il ne se sécrète plus que du sérum normal.

Dans ses *Recherches physiologico-pathologiques sur le pus, la suppuration et les phénomènes qui s'y rapportent* (Erlangen, 1838), le docteur Jules Vogel dit, page 149 : « *la sécrétion des vésicules purulentes* (cellules d'épithélium) *passe par une série de degrés intermédiaires à une sécrétion de corpuscules purulents.* »

Nous ne pouvons nous empêcher de dire que, dans le cas qui nous occupe, nous considérons l'altération des cellules d'épithélium comme accidentelle et appartenant à l'état spécial de l'organe malade : la formation du sérum, au contraire, est essentielle, car la suppuration d'une muqueuse, ainsi que de tout autre organe, est le produit de l'inflammation d'une force vitale propre et déviée de sa destination.

Le phénomène qui nous occupe est une sécrétion pathologique où il se forme d'abord du sérum et ensuite du sérum entremêlé de corpuscules purulents. Je n'ai jamais eu le bonheur de voir les cellules d'épithélium passer à l'état de corpuscules purulents, quoique

j'aie examiné avec soin le *secretum* des ophthalmies blennorrhagiques et de la gonorrhée chez l'homme et la femme. Dans ce cas, on rencontre chez la dernière des poils fins entre les cellules d'épithélium : il est vrai que j'ai vu les corpuscules purulents eux-mêmes granulés à leur surface, et même se déforment tout à fait avec leurs grains.

Le docteur Jules Vogel dit à ce sujet, page 149 : « *Lorsque l'irritation continue, ou même lorsqu'elle augmente, les corpuscules qui se trouvent dans le sérum sécrété deviennent plus petits (mais d'autant plus nombreux qu'ils sont plus petits) ; ils ont de 1/180 à 1/200. Ils sont tout à fait garnis de grains à leur surface, ternes, et par suite opaques ; de sorte que l'on ne voit plus rien de leurs grains intérieurs. Ce sont de vrais corpuscules purulents, en apparence parfaits, et se comportant tout à fait comme ces derniers à l'égard des réactifs chimiques ; l'acide acétique dissout leurs enveloppes et ne laisse que les noyaux, qui consistent en un, deux ou trois grains.* »

Dans les inflammations blennorrhagiques, on peut observer sur les corps papillaires la plupart de ces changements matériels, surtout dans les ophthalmies contagieuses. Ici les papilles augmentent de volume avec tendance à leur destruction, et surtout celles de la conjonctive palpébrale, parce que c'est là que se trouvent la plupart des vaisseaux sanguins. Il en est de même pour la caroncule lacrymale. Non-seulement il se forme une vraie perte de substance (*granulations angiectasiques*), mais encore une véritable cutisation, à tel point que si la maladie dure longtemps, et qu'il y ait plusieurs rechutes, la partie devient dure comme du cartilage et raboteuse (*granulations calleuses*) ; et alors, si on les excise et si on les examine au microscope, on voit non-seulement toute une réunion de vaisseaux rouges, mais encore l'épithélium se trouve grossi, et la substance intérieure de la papille est changée en une masse de petites sphères inégales.

NOTICE SUR UNE NOUVELLE THÉORIE DE LA VISION;

Par J. G. Crahay, professeur de physique à l'Université catholique de Louvain, membre titulaire de l'Académie royale des sciences et belles-lettres de Bruxelles, etc. (*).

Bien des hypothèses ont été imaginées pour expliquer le mécanisme qui donne à l'œil la précieuse faculté de voir nettement les objets placés à diverses distances. Les unes sont insuffisantes, en ce que les moyens qu'elles supposent dans l'organe ne sont pas capables de produire les effets demandés; les autres ont recours à des modifications de forme dont l'observation prouve que l'existence est impossible. De sorte que le problème reste encore à résoudre.

Récemment, une nouvelle théorie, proposée sur ce sujet par M. Sturm, a été publiée dans les n°s 9, 11 et 17 des *Comptes-rendus* des séances de l'Académie des sciences de Paris. Elle a été reproduite dans les n°s 5 et 7 des *Annales de Physique et de Chimie de Poggendorff*, et depuis, elle a été citée comme levant toutes les difficultés. Cependant son savant auteur semble ne pas la considérer d'une manière aussi absolue. « Si la théorie que je propose, » dit-il dans son mémoire, « ne résout pas complètement les difficultés re-« latives à l'ajustement de l'œil, elle aura du moins l'avantage de les « diminuer notablement; car, en ayant égard à mes remarques, on « n'aura plus besoin de supposer dans l'œil les mouvements internes « et les changements de forme trop considérables qu'exigent les « autres théories. » Ailleurs il dit : « Cette théorie sur la marche « des rayons dans l'œil aurait besoin d'être vérifiée par des expé-« riences directes, qui exigeraient, pour être concluantes, des pré-« parations et des mesures assez délicates. Je ne dirai rien ici de « mes essais, auxquels je n'ai pas encore apporté la précision néces-« saire. »

L'auteur lui-même pense donc que sa nouvelle théorie a besoin d'être soumise à l'épreuve. Et, d'après cela, je prendrai la liberté de manifester mon opinion à son égard : les moyens d'épreuve n'exigent ni des préparations ni des mesures délicates; ils se trouvent à la portée de quiconque a des yeux bien conformés. Exposons d'abord la partie essentielle de la nouvelle théorie :

(*) Cette notice a été communiquée à l'Académie royale des sciences et belles-lettres de Bruxelles, dans sa séance de novembre. (Voir *Bulletin*, t. XII, n° 10, p. 311.) M. Crahay nous annonce qu'il se propose de revenir incessamment sur le sujet dont il traite aujourd'hui, et qu'il entrera alors dans de nouveaux développements. (*Note de la Réd. des Ann. d'Oc.*)

L'auteur, en s'appuyant sur des mesures prises par plusieurs savants physiciens et anatomistes sur des yeux d'homme et de quelques animaux, admet que la forme d'aucun des milieux réfringents de cet organe n'est celle d'un segment sphérique, ni même d'un solide de révolution; il pose que l'ensemble de toutes les parties de l'organe qui concourent à la vision peut être représenté, par rapport à la marche des rayons réfractés, par une seule substance homogène, terminée par un segment d'ellipsoïde dont le grand axe serait dirigé suivant l'axe de la pupille, dont l'axe moyen serait horizontal et le petit axe vertical. Les rayons lumineux émanés d'un seul point placé au-devant d'un tel œil, et traversant la pupille, ne pourront pas, après la réfraction, converger en un foyer unique; et si la pupille est large, il ne se formera pas une surface caustique qui soit de révolution autour du grand axe, car les rayons dirigés très-près du grand axe dans le plan de la section horizontale de l'ellipsoïde se réfractent comme s'ils tombaient sur le cercle osculateur de cette section au sommet du grand axe, et vont se réunir sur ce grand axe en un certain foyer *F*, tandis que les rayons dirigés dans la section verticale, qui a au sommet une courbure plus forte, vont concourir sur ce même grand axe en un autre foyer *f*, plus rapproché du sommet. Quant aux rayons voisins situés hors de ces deux plans, ils ne rencontrent pas le grand axe après la réfraction (c'est-à-dire que leur plus courte distance à ce grand axe n'est pas une fraction infiniment petite de la distance du point d'incidence à ce même axe).

D'après ces considérations, il se forme dans chacun des deux foyers *F*, *f*, deux lignes lumineuses, perpendiculaires au grand axe de l'ellipsoïde, l'une verticale, l'autre horizontale : ces lignes, très-courtes, sont les images du point dans les deux foyers respectifs *F* et *f*, tandis que, dans l'espace compris entre *F* et *f*, les lignes lumineuses en se dilatant en largeur, mais diminuant en longueur, donnent lieu, dans des sections faites par un plan perpendiculaire au grand axe, à de petites surfaces, de forme elliptique, plus ou moins allongées, soit dans le sens de l'une, soit dans celui de l'autre des lignes lumineuses *F* ou *f*, selon la distance de la section à chacun de ces foyers; et dans la partie centrale de ces petites surfaces, la lumière est plus condensée que dans celles qui l'entourent.

Cela posé, l'auteur pense que « dans l'œil, l'intervalle focal *Ff*, « propre à chaque faisceau provenant d'un point extérieur, est non « pas nul, mais seulement très-petit, de 1 ou 2 millimètres au plus. « Il admet, selon l'opinion générale des physiologistes, que c'est la

« rétine seule qui reçoit l'impression de la lumière (ou, selon Ma-
« riotte et Brewster, l'enveloppe choroïde qui se trouve immédiate-
« ment au-dessous de la rétine, celle-ci étant transparente). La di-
« rection du rayon central sur laquelle se trouvent les foyers *F*, *f*,
« étant presque perpendiculaire à la surface de la rétine, le point
« d'où émanent les rayons lumineux sera vu avec une netteté suffi-
« sante, si la ligne *Ff*, quoique très-courte, rencontre la rétine en
« un point situé entre les deux foyers *F* et *f*, ou même encore un
« peu au delà de *F* ou en deçà de *f*; car alors le mince faisceau lu-
« mineux que la pupille a laissé passer, interceptera sur la surface
« de la rétine un espace extrêmement petit, incomparablement
« moindre que les sections faites dans ce faisceau très-près du cris-
« tallin. A la vérité, » ajoute-t-il, « l'image d'un simple point sur la
« rétine peut être alors plus étendue en longueur qu'en largeur;
« mais comme la lumière est plus condensée au centre de cette image,
« et que ses deux dimensions, quoique inégales, sont d'une extrême
« petitesse, on conçoit que si l'on regarde un objet d'une étendue
« finie, des points contigus de cet objet donneront sur la rétine des
« images qui se superposeront en partie dans le sens de leur lon-
« gueur, de manière à former, par leur ensemble, une image de l'ob-
« jet assez nette et bien terminée. »

Voilà la partie fondamentale de cette nouvelle théorie. Suivant l'auteur, elle explique comment, sans modification de l'œil, l'image d'un objet est sensiblement nette pour la vision, que la distance de l'objet à l'œil soit grande ou petite, dans les limites de la vision; il suffit que l'organe soit constitué de telle manière que le déplacement inévitable des deux foyers *F* et *f* avec le changement de distance ait lieu dans des limites telles que le premier reste toujours en avant, l'autre en arrière de la rétine, ou au moins qu'ils ne s'en éloignent guère.

Maintenant, si nous partons de là, il s'ensuivrait, comme conséquence nécessaire, que deux objets déliés placés dans une même direction, mais à des distances différentes de l'œil, comprises dans les limites de la vision distincte, devraient avoir leurs images *à la fois également nettes* : or, c'est ce que l'observation contredit formellement. Quand l'image de l'un quelconque des deux objets est nette, celle de l'autre est dilatée, confuse; et quand, fixant cette dernière, on la voit nette, c'est la première à son tour qui est confuse. Cette observation est assez connue pour qu'il soit inutile d'insister sur l'exactitude du résultat que je viens de citer; seulement, je dois

ajouter qu'elle ne réussit pas aussi complètement chez des personnes qui sont très-presbytes, pour des raisons dont il est facile de se rendre compte d'après a théorie des lentilles. Chez les myopes, non plus, elle ne peut produire son effet, par la raison que le défaut de leur vue consiste dans la trop petite étendue des limites de leur vision. Elle n'est applicable qu'à l'organe dans son état normal. On peut répéter cette expérience d'une manière plus convaincante encore en regardant les deux objets inégalement distants à travers deux petits trous percés dans une carte que l'on tient très-près de l'œil, les trous laissant entre eux un intervalle moindre que le diamètre de la pupille; alors, regardant l'objet délié le plus rapproché (la pointe d'une épingle à 20 ou 25 centimètres de l'œil), celui-ci sera vu simple, tandis que le plus éloigné (la pointe d'une autre épingle à 1 ou 2 mètres de distance) sera double : si, au contraire, on regarde ce dernier, il paraîtra simple, et le plus rapproché sera double. Ces résultats sont inconciliables avec la théorie de M. Sturm.

On pourrait ajouter encore ceci : qu'un petit trou bien rond percé dans une carte, et regardé à diverses distances de l'œil, paraît toujours exactement circulaire ; tandis que, d'après la nouvelle théorie, il devrait être elliptique, plus ou moins allongé, le grand axe tantôt vertical, tantôt horizontal, suivant la proximité de l'un ou de l'autre foyer F ou f de la rétine, c'est-à-dire suivant la distance de l'objet à l'œil. Que, pour quelques personnes, cette forme du trou change réellement avec la distance, cela tient à des défauts résultant d'une organisation vicieuse de leurs yeux : la théorie doit s'adapter aux yeux bien conformés et tels que les possède la grande majorité des hommes dans la force de l'âge.

Enfin, on peut légitimement se demander s'il serait possible que les objets fussent vus avec la netteté parfaite, la délimitation exacte des contours qu'on leur connaît, si chacun de leurs points avait sur la rétine une image d'une certaine étendue, quelque petite qu'elle fût, mais qui ne se réduisît pas également à un point, et lors même que l'on supposerait que, dans sa partie centrale, cette étendue fût plus éclairée que sur le reste de sa surface.

Plusieurs observations concourent à indiquer que l'œil éprouve un changement dans la distance focale, approprié aux diverses distances des objets. Reste la difficulté d'expliquer par quel moyen il est opéré. Qu'il me soit permis de rapporter encore ici un passage du mémoire de M. Sturm, où il rend compte de ce qui se passe dans l'œil quand l'objet change de distance : « Si l'objet se rapproche ou s'éloigne, le

« petit faisceau de lumière qui, émané d'un point de cet objet, tra-
« verse l'œil, changera de forme graduellement; ses deux foyers
« *F* et *f*, au fond de l'œil, se déplaceront simultanément en marchant
« dans le même sens et restant toujours très-près l'un de l'autre, et
« il suffira que l'un d'eux se trouve encore assez près de la rétine,
« pour que l'image n'occupe toujours qu'un très-petit espace sur la
« rétine et que la vision ne cesse pas d'être distincte. » Puis il ajoute : « D'autres circonstances peuvent d'ailleurs contribuer à cette
« petitesse de l'image (du point), savoir : la contraction de l'iris, le
« déplacement imperceptible de la tête, lorsque l'œil se fixe sur l'ob-
« jet ou se dirige d'un objet vers un autre, ce qui change un peu les
« incidences des rayons, et peut-aussi *un très-léger changement de*
« *courbure du cristallin.* » Il semblerait, d'après cela, que l'auteur lui-même n'est pas persuadé que sa théorie dispense entièrement d'avoir recours à un changement de distance focale de l'œil, changement qui est nécessairement amené par celui de la *courbure du cristallin*. Or, de toutes les parties de l'œil, c'est peut-être le cristallin qui est le moins susceptible d'éprouver un changement de forme.

J'ignore si l'examen des yeux a été répété sur un assez grand nombre de sujets, et surtout si, au moins pour la cornée, on l'a réitéré suffisamment sur des sujets vivants pour pouvoir en conclure que *tous les yeux* à l'état normal ont effectivement la forme d'un segment d'ellipsoïde, ou que l'ensemble de toutes les parties de l'organe se réduit à cette forme, telle que la suppose la théorie de M. Sturm. Cette forme, observée sur quelques individus, paraît être une aberration de la forme type, tout comme d'autres parties du corps varient plus ou moins d'un individu à l'autre. Cette supposition serait d'autant plus plausible que les mesures prises sur différents yeux d'une même classe d'animaux n'ont pas conduit à des formes constantes. Au reste, quand même cette constance de forme aurait lieu, il en résulterait une difficulté de plus pour rendre compte de la manière dont cet admirable organe remplit ses fonctions; car il faudrait expliquer comment, malgré cette forme ellipsoïdale, qui semblerait devoir donner lieu à des images allongées, tantôt dans un sens, tantôt dans un autre, d'après la proximité de la rétine de l'un des deux foyers *F* et *f*, et, par conséquent, plus ou moins altérées, plus ou moins confuses, comment néanmoins la vision a lieu avec une netteté complète, le défaut d'achromatisme étant insensible dans l'usage ordinaire de l'œil.

Je ne terminerai pas la présente note sans ajouter que, quoique

je ne puisse admettre la nouvelle théorie comme une solution du problème, le mémoire de M. Sturm m'a paru néanmoins être un des plus beaux travaux qui aient paru depuis longtemps sur le sujet en question ; il est appuyé de calculs très-savants sur la marche de la lumière à travers différents milieux placés à la suite les uns des autres.

CONSIDÉRATIONS SUR LE GLAUCÔME ;

Par le docteur RIGLER, médecin en chef de la Garde du Sultan, médecin de régiment autrichien, détaché au service de la Sublime Porte, etc., à Constantinople.

Mémoire qui a reçu une mention honorable au concours des Annales d'Oculistique, *pour* 1841-42.

Traduit de l'allemand, sur le manuscrit de l'auteur,

Par CH. J. DE MOOR, docteur en médecine, chirurgie et accouchements, etc., à Alost.

(SUITE ET FIN. Voir nos livraisons de septembre et de novembre.)

Jusqu'à quel point l'art peut-il agir sur le processus glaucômateux ?

Pour répondre à cette question, il est nécessaire de nous rappeler une remarque sur laquelle il a été insisté plus haut, à savoir : que beaucoup de glaucômes naissent sans reconnaître la moindre relation avec une diathèse goutteuse, et que des personnes bien portantes sous tous les rapports, n'ayant jamais souffert d'aucune affection, perdent pour toujours, et en peu de temps, la vue. Dans le plus grand nombre des glaucômes, l'*habitus* arthritique existait déjà depuis de longues années dans tout l'organisme et dans l'œil : l'état de souffrance doit être considéré comme un véritable moyen d'épuration, comme un paroxysme arthritique, qui, en privant l'individu de la vue, rétablit une santé relative.

Il résulte de ceci que ce processus ne se manifeste pas dans tous les cas avec un même caractère de malignité, et, par conséquent, que le cours, le mode de terminaison et la thérapeutique à lui opposer doivent subir des modifications très-essentielles.

La cause qui fait que le processus, parvenu à un certain degré de développement, ne peut être arrêté dans sa marche ascension-

nelle, doit être recherchée dans la constitution et la manière de vivre du malade, qui se trouvent en rapport causal avec l'œil, et ne peuvent être éloignées; mais la cause principale se rapporte à l'impossibilité de faire disparaître les changements matériels organiques qui se sont opérés dans l'œil durant la marche de la maladie.

Les troubles généraux qui donnent si fréquemment lieu au glaucôme sont si profondément imprégnés dans l'organisme, que dans le cas où les deux yeux ne sont pas affectés simultanément dès le début, le second subit le même sort que le premier à une époque plus ou moins éloignée. Cette remarque doit engager à agir de bonne heure, si on veut au moins conserver un œil; l'expérience nous enseigne que parfois ce résultat peut se réaliser.

Indication prophylactique.— Cette partie du traitement a en vue de prévenir l'invasion de l'affection goutteuse latente en éloignant les influences qui favorisent sa manifestation.

Par l'observation des règles hygiéniques suivantes, on peut s'opposer aussi au développement de cette espèce de glaucôme qui, à défaut de prédisposition goutteuse, se déclare à la suite de rhumatismes négligés :

A. *En se préservant par un habillement convenable contre les variations de température.*— La flanelle portée immédiatement sur la peau répond souvent à cette indication.

B. Comme un changement subit de la température agit en général d'une manière fâcheuse sur tous les individus, ceux *qui y sont sensibles auront soin de toujours s'y conformer*, c'est-à-dire *de porter des vêtements en rapport avec le degré de froid existant.* Comme tout le monde ne peut visiter Florence, Rome, la Sicile, Grenade, on éloignera avec attention les causes nuisibles de cette nature à mesure qu'elles se présenteront : autant nous rejetons le conseil de tenir la peau sans cesse en activité, en buvant beaucoup d'eau tiède, autant nous regardons les bains comme convenables.

L'opinion des médecins sur l'utilité des bains salins et marins est unanime, quand ces bains ne sont point employés comme remèdes absolus : ainsi, les individus faibles, délicats, à peau relâchée et à transpiration facile, ne doivent y avoir recours qu'avec ménagement. Les bains de mer peuvent être remplacés par des bains artificiels.

C. *La nourriture se composera d'aliments de facile digestion, simples, de nature végétale et animale.* Les mets qui contiennent beaucoup d'épices, de graisse, de fécule, sont nuisibles. Les légumes qui sont en état d'activer la sécrétion de la bile, des autres

sécrétions abdominales et de l'urine agissent avantageusement.

D. *L'eau est la boisson la plus salutaire.* Quand on se trouve dans l'impossibilité de s'en contenter, ou qu'il existe de la faiblesse physique, on se bornera à une bière légère, mais bien fermentée, à un peu de vin léger ; jamais de vin fort.

L'*indicatio morbi* se tire de l'ensemble et des phénomènes aigus de la maladie, lorsque celle-ci est de nature arthritique. Cependant une affection purement locale doit être envisagée comme primitive, et la réaction du système vasculaire doit être considérée comme le résultat de la souffrance locale, et traitée en conséquence.

On réalisera, en grande partie, la première proposition en prescrivant une diète convenable ; la formation d'acides libres désignés sous les noms d'acides phosphorique, urique, etc., réclame l'administration de remèdes alcalins, dont le grand avantage a depuis longtemps été confirmé.

Parmi les médicaments qui réagissent en alcalis, on préfère avec grande raison les alcalis purs (potasse, soude) aux terres alcalines (chaux, magnésie), parce que ces dernières rendent la digestion très-pénible et fatiguent l'estomac. Et pour ne pas donner lieu par la masse des matières neutralisées à une réaction fébrile, il s'agit de les éloigner le plus tôt possible de la sphère de l'organisme, tandis que les foyers y sont tout disposés. Il ne faut pas suivre invariablement une direction déterminée en n'ayant recours qu'aux diaphorétiques, aux purgatifs et aux diurétiques, tandis que des changements survenus dans les divers organes, d'après le caractère des maladies régnantes et l'individualité, conduiraient le plus souvent au but en variant la médication ou en l'interrompant. Pour s'opposer à la formation des produits pathologiques dont il s'agit, les toniques amers sont indiqués chez les individus affaiblis et âgés, mais seulement dans ce cas spécial, parce que leur usage inconsidéré cause fréquemment plus de mal que de bien. Dans des circonstances tout opposées conviennent les gommes résines combinées avec le savon, les sulfates, sulfates acides (en particulier le sulfate de magnésie acidulé), le taraxacum, la chicorée, qui ont le pouvoir de régulariser la circulation veineuse et d'entretenir les sécrétions et les excrétions à un degré convenable.

On peut compter parmi les méthodes curatives rationnelles celle dite d'*inonction*, avec la cure par la faim, qui s'y rattache, et à laquelle on doit encore ajouter la cure par les cerises, les raisins et le petit lait. Comme on ne peut nier que toutes aient une action

profonde sur la métamorphose et donnent lieu à un désaccord marqué de la vie végétative, il en résulte que leur usage, chez les individus faibles, en voie de décrépitude rapide, ne pourra jamais donner de bons résultats.

L'usage des bains, des eaux thermales salines, ferrugineuses, sulfureuses, (les premiers sont peut-être trop fréquemment employés), est très-général. Les individus forts, robustes, sanguins, sujets à des congestions continuelles vers la tête et la poitrine, ne supportent point l'usage de ces eaux, qui conviennent mieux aux malades dont la mobilité du système vasculaire est moindre et dont les souffrances goutteuses se concentrent vers la périphérie. Certaines formes déterminées, ainsi que des rapports relatifs à la constitution, réclament les eaux sulfureuses et ferrugineuses : les dernières s'administrent avec avantage dans la faiblesse musculaire, l'épuisement des forces par la violence et la fréquence des accès ; une action analogue, ou à peu près, est fournie par les eaux qui existent sur la chaîne centrale des Alpes européennes, et qui, d'après l'opinion émise par Baumgartner, se distinguent plus par leurs propriétés chimiques que physiques. Qui ne connaît l'effet étonnant des bains de Gastein sur les personnes âgées et décrépites? Les médecins napolitains préconisent les vapeurs volcaniques, qu'on cherche à remplacer ailleurs par les bains de sable ou d'étuve.

La solution de la seconde proposition diffère d'après le degré de développement de l'affection locale. Comme la conservation de l'œil doit être le principe suprême de la conduite de l'ophthalmologue, les données que fournit la thérapeutique spéciale trouveront ici leur application ; c'est-à-dire qu'il faut :

A. Éviter toutes les causes qui agissent d'une manière contraire sur le développement du paroxysme, au cas qu'il se présenterait comme constant, parce que le processus pourrait se porter sur d'autres organes.

B. Se garder de supprimer trop violemment la réaction locale, ainsi que l'éréthisme fébrile.

Si le processus glaucômateux relève de la nature goutteuse, son expression et ses relations, comparées à l'organisme en général, sont aussi évidentes que s'il s'agissait d'une inflammation articulaire arthritique.

La forme de la maladie est dite inflammatoire et spécifique, à la vérité, à cause de l'espèce particulière du rapport causal, de son dé-

veloppement, de sa forme, de son cours et de ses terminaisons; celle-ci, envisagée sous les rapports du degré, de l'étendue de composition et de complication, est en état de nous fixer sur le mode de traitement en général, bien qu'on ne puisse en instituer un rationnel qu'après avoir bien étudié, au point de vue oculistique, la nature spéciale de l'organe atteint. On doit éloigner d'une manière aussi rapide que possible le développement des formes arthritiques dans l'œil, ainsi que la localisation pernicieuse vers la sphère postérieure du bulbe. Si on n'y parvient pas, tous nos efforts tendront à reculer les suites nécessairement funestes. On peut considérer comme une dérivation favorable des parties profondes l'état morbide existant dans la conjonctive (*lippitudo arthritica*), et il ne faudra jamais, pour agir prudemment, chercher à obtenir sa guérison par des collyres astringents.

La possibilité de supprimer le processus glaucômateux de nature arthritique ou rhumatismale existe : on y parvient rarement d'une manière réelle, parce que le mal, négligé, méconnu, mal traité au début, acquiert bientôt un degré d'opiniâtreté tel, que malgré les ressources que nous offre la médecine, il mène l'œil à sa perte; et cela d'autant plus sûrement que le mal est de nature arthritique. Un médecin qui ne désire que le bien de son malade s'appliquera à mitiger la fièvre, à la tenir dans de certaines limites, mais ne cherchera jamais à la détruire complètement.

Comme la forme de la maladie dont il est ici question, ainsi que nous l'avons dit ci-dessus, est inflammatoire et se manifeste différemment, d'après le caractère actuellement régnant (inflammatoire, éréthistique, torpide), d'après le degré, l'extension, les rapports de composition et de complication, la durée et le stade, il n'y a que le traitement répondant à ces conditions qui pourra donner un résultat positif.

Énonçons brièvement que l'appareil antiphlogistique peut satisfaire aux indications existantes : il devait donc nécessairement conduire à des méprises, parce que rien ne favorise davantage l'altération déjà manifeste des sucs, et n'accélère autant la métamorphose rapide et funeste, que les déplétions sanguines fréquentes et abondantes, et l'affaiblissement par les purgatifs.

Loin de moi l'idée de considérer les émissions sanguines et les purgatifs comme inutiles dans le traitement du processus glaucômateux; il suffira seulement de rapporter l'observation que l'amélioration produite par les saignées abondantes se change bien

souvent, et au bout de peu d'heures, en une cécité complète.

Le froid administré sous forme de fomentations sur l'œil, des ventouses sèches appliquées à la nuque, une dérivation sur les intestins et la peau, dans le but d'activer modérément leurs sécrétions, et continuées pendant plusieurs jours, pourront prévenir le développement du processus dans l'œil, pourvu qu'on les oppose à la maladie dès son début. Mais qu'ils sont rares les cas de cette espèce! Combien de fois ne méconnaît-on point la véritable nature dans cette période, alors que de légers changements dans l'iris et la sclérotique, et plusieurs autres métamorphoses plus importantes et profondes, qui échappent à nos sens, ne se manifestent que tard! De cette manière il ne reste que les phénomènes subjectifs (les troubles divers du sens dans l'œil, les photopsies, la photophobie), joints à l'habitude de l'œil, à l'état des vaisseaux de la conjonctive, à l'altération de couleur et d'éclat de l'iris, et à son mouvement lent, qui puissent guider le médecin.

Dans le plus grand nombre des cas, le processus est déjà tellement avancé qu'on ne doit plus penser à le réprimer, mais se borner à chercher, alors qu'existe une cause arthritique, à retarder sa marche rapide, à reculer le résultat inévitable (la cécité incurable): — s'il est de nature rhumatismale, tous les efforts doivent tendre à le suspendre et à rétablir le malade.

Les indications sont d'éviter soigneusement tout refroidissement; de séjourner dans une habitation sèche; des vêtements chauds, et de préférence la flanelle; une lumière convenable; l'éloignement d'un éclairage trop vif: il faut recouvrir d'une compresse légère et sèche les yeux, même celui qui n'est pas encore malade, et ne pas les fatiguer; le patient prendra pour nourriture des aliments de facile digestion et fera usage de boissons légères; on fera de petites saignées répétées, et on y joindra l'emploi simultané de bains de pieds excitants et de sinapismes. A l'intérieur, on donnera, d'après les besoins de la constitution vasculaire existante, des purgatifs salins rafraîchissants ou antiphlogistiques, comme le séné, la rhubarbe, la coloquinte, avec le tartre émétique à la dose de 1, 2 ou 3 grains.

Bien que le calomel ne puisse être administré qu'avec prudence chez les individus relâchés, leucophlegmasiques, son emploi est néanmoins indispensable chez les personnes fortement constituées et disposées à des exsudations plastiques; ce que prouvent manifestement les succès éclatants qu'on en obtient dans l'affection, lorsqu'elle est de nature rhumatismale. Quand la marche de la maladie

est lente, on le donne avec avantage en pilules, combiné avec le savon médicinal et l'extrait de taraxacum.

Chez les individus très-indolents, à peu d'exceptions près, la douleur constitue le symptôme le plus pénible et à un certain point aussi le plus dangereux, parce qu'il existe là, comme suite nécessaire, une exacerbation du stade inflammatoire, à cause de la réaction continuelle de cette hyperesthésie sur le système vasculaire. Il en résulte que l'indication capitale est de diminuer, de modérer les douleurs violentes qui se déclarent surtout la nuit ; ce qu'on obtient facilement, au début, par des frictions avec l'onguent napolitain combiné à l'opium, et faites sur la région sourcilière. Cet état de calme nerveux, agissant favorablement sur le processus, facilite, dans de certaines limites, la marche rétrograde de l'affection rhumatismale, et rend, d'un autre côté, l'existence plus supportable, si l'affection dépend d'une cause arthritique. Lorsque le processus, de quelque nature qu'il puisse être, est parvenu à ce point que l'iris, la lentille, le corps vitré et la rétine soient directement affectés, il ne reste à l'art qu'à recourir aux narcotiques et à en faire un bon choix pour le reste de la vie.

Si l'on envisage le processus au point de vue de l'anatomie pathologique, il résulte manifestement qu'une opération chirurgicale faite dans le but d'extraire la lentille opaque (*cataracta viridis*), ou la ponction de la sclérotique et de la choroïde, dans le but de diminuer la pression sur la rétine, ne sont que des propositions injustifiables.

IRITIS RHUMATISMALE, AYANT RÉSISTÉ A DIVERS MOYENS, TRAITÉE AVEC SUCCÈS PAR LA BELLADONE ;

Observation communiquée par le docteur S. Escolar, médecin des hôpitaux généraux de Madrid, etc.

Joseph de Mazas, natif de Liergane, arrondissement de Santander, d'un tempérament sanguin, homme fort robuste, exerçant la profession de maçon, a eu la rougeole à l'âge de trois ans. A l'âge de douze ans, il commit divers abus dans les aliments, notamment dans l'usage du lait, et contracta une maladie intestinale qui s'exaspéra sous l'influence de l'administration d'un remède familier consistant en une infusion de tabac ℥ß dans ℥viij d'eau, réduites à moitié.

Un chirurgien, qu'il consulta, lui prescrivit un régime convenable qui eut bientôt rétabli la santé.

A l'âge de 19 ans, il dut entrer au service en qualité de milicien, et fut embarqué pour St-Jacques, dans l'île de Cuba. Il se trouvait depuis vingt et un jours dans cette île, lorsqu'il reçut la mission d'escorter les prisonniers chargés d'aller chercher de l'eau pour l'approvisionnement des casernes. L'un d'eux s'étant trouvé mal, de Mazas, mû par un sentiment de philanthropie, prit le baril d'eau de ce prisonnier, et le chargea sur son épaule gauche : pendant trois heures, il reçut une aspersion d'eau froide sortant par le bouchon du baril, qui ne fermait pas exactement. Dans l'après-midi du même jour, il ressentit une grande prostration de forces, accompagnée d'une douleur aiguë à la partie supérieure et aussi à la partie postérieure de la région précordiale. Un médecin fut mandé, et fit quelques prescriptions qui restèrent sans effet : le malade ne peut se rappeler ce qu'elles ont été. Le lendemain, on le fit entrer à l'hôpital, où cinq saignées furent pratiquées dane l'espace de douze jours : au bout de vingt jours, il était rétabli.

En 1834 (25e année de son âge), se trouvant toujours à Cuba, il fut atteint de petite vérole confluente. En 1835, il fut embarqué pour Barcelone, où il reçut son congé. Rentré dans ses foyers, il reprit sa profession de maçon. En janvier dernier, il fut pris d'une fièvre intermittente tierce, qui ne céda qu'après un mois, au quinquina et au sulfate de quinine. Depuis trois jours seulement il était débarrassé de ses accès, lorsque, se rendant chez son père, il fut surpris en route par une forte averse qui le mouilla d'outre en outre. Dans la nuit même il fut pris de violentes douleurs intra et péri-orbitaires ; la conjonctive et les paupières rougirent. La vision avait cessé de s'exercer. Le chirurgien du village remit une solution d'extrait d'opium, à l'effet de pratiquer des lotions sur la partie souffrante : ce moyen eut pour résultat de calmer quelque peu les douleurs, mais sans diminuer l'inflammation : les objets étaient perçus, mais confusément et très-imparfaitement.

Il avait épuisé toutes ses ressources, et ressentait depuis quelques jours de vives douleurs articulaires, lorsqu'en juin il vint chercher du secours à l'hôpital général de Madrid. Il y fut admis le 8, et occupa le lit n° 38 de l'infirmerie de Saint-Antoine. Voici les symptômes qui furent notés :

Céphalalgie sus-orbitaire très-intense ; douleurs occupant surtout le rebord supérieur de l'orbite : ces douleurs sont plus pronon-

cées vers le soir et durant la nuit ; les conjonctives des deux yeux sont fortement injectées : une injection fine, siégeant dans la scléro-tique, forme comme un anneau autour de la cornée ; les paupières sont spasmodiquement fermées ; la photophobie est très-prononcée, et l'œil fuyant sous la paupière supérieure, on ne peut constater l'état des pupilles ; toutes les grandes articulations sont le siége de douleurs assez intenses, augmentées par le séjour au lit ; la langue est blanche, chargée ; le pouls faible et fréquent ; fonctions digestives et respiratoires à l'état normal.

Diète, décoction adoucissante édulcorée pour boisson ; fomentations émollientes sur les yeux ; pédiluve irritant.

Ce traitement est continué jusqu'au 14, sans amener la moindre modification dans l'état du mal. Il fut alors prescrit des frictions sur les articulations avec la teinture de cantharides camphrée ; à l'intérieur, émulsion calmante.— Solution de sulfate de zinc pour lotionner les yeux.

Le 18, le malade ressent pour la première fois du soulagement ; l'inflammation oculaire et les douleurs des articulations ont diminué. Toujours même impossibilité d'examiner les pupilles. Langue saburrale, inappétence.—Une demie-livre de tisane laxative de la Pharmacopée espagnole, à prendre en une fois. Continuation des autres moyens.

Le 19. Il y a eu d'abondantes évacuations alvines. L'appétit s'est réveillé.— Soupe.

Le 26, même état. Tisane laxative.— Le malade ne prend qu'avec une excessive répugnance l'émulsion calmante. On en cesse l'usage.— Tisane de salsepareille.

Le 29. L'injection de la conjonctive a presque entièrement disparu ; la couronne vasculaire péricornéenne persiste. La photophobie a considérablement diminué, et il est possible d'examiner les pupilles, qui sont fortement contractées et d'une forme tout à fait irrégulière, plus prononcée à droite qu'à gauche. Leur fond est mat, les iris un peu verdâtres. Vision presque nulle. — Continuation des douleurs articulaires, mais à un degré moins prononcé. —Antiphlogistiques.

Le 4 juillet. Même état de l'œil et des pupilles. Le pouls s'est relevé, le malade ressent quelques douleurs oculaires ; celles des articulations sont moindres.— Saignée du pied, de huit onces.

Le 5 au soir, l'état est le même. Nouvelle saignée du pied ; un vésicatoire à la nuque.

Le 8, le vésicatoire suppure bien : nulle apparence de mieux ; même état des pupilles, persistance des douleurs articulaires.

Il est prescrit : Poudre de résine de valériane, 1 gramme ; fleurs d'arnica, 30 centigrammes ; à prendre en deux doses, une le matin et une le soir.

Le 10. Ces poudres n'ayant produit aucun effet sensible, on y fait ajouter 3 grains d'extrait de belladone.

Le 11, même état. Fomentations avec une solution d'extrait alcoolique de belladone, 4 grammes, dans eau distillée, 1/2 livre. A l'intérieur, 10 grains de poudre de belladone en trois doses, matin, midi et soir.

Le 12. La contraction des pupilles a diminué, elles tendent à reprendre leur forme ronde. Le malade commence à distinguer les objets à la distance de deux mètres. Poudre de racine de belladone, 8 grains *pro dosi ;* trois fois le jour, une onction douce sur le front et les tempes avec gros comme une noisette d'une pommade composée de deux drachmes d'extrait de belladone et d'une once de beurre frais.

Le 13. Les pupilles offrent un diamètre de plus d'une ligne et demie ; elles se contractent de plus d'une demi-ligne à l'exposition à la lumière. Dans l'obscurité, le diamètre acquiert au moins deux lignes.— Plus de douleurs en aucune partie. Cessation complète de la photophobie. Mêmes moyens.

Le 14. Le diamètre de la pupille droite est de trois lignes environ ; il n'existe que très-peu d'irrégularité dans sa circonférence. Ses mouvements de dilatation et de contraction sont irréguliers. A gauche, la dilatation est moindre ; mais la vision de cet œil s'est améliorée au point que le malade peut reconnaître les numéros des lits à une distance de six mètres. — Mêmes moyens.

Le 15, le malade trouve que sa vue est aussi bonne qu'avant sa maladie.

Le 16, de Mazas descend, à l'insu du médecin, dans la cour de l'hôpital, y reste exposé au soleil, et exerce sa vue sur des objets brillants. Il est forcé de rentrer dans la salle, accusant une assez vive douleur sus-orbitaire, sans que la netteté de la vision en souffre cependant.

Le 17 Les deux pupilles sont dans leur état normal ; on ne remarque aucun trouble des capsules cristalloïdiennes. — La médication est suspendue.

Le 20, le malade peut lire de l'écriture très-fine et de très-petits caractères d'impression.

De Mazas a quitté l'hôpital le 25, jouissant d'une vue parfaite.

Réflexions. — Le fait qui vient d'être rapporté nous paraît digne, à juste titre, de fixer l'attention.

En effet, on voit une iritis rhumatismale persister durant un très-long espace de temps malgré les divers moyens mis en usage : une nouvelle médication est tentée, et le mal cède presque instantanément, ne laissant aucune trace des adhérences irido-capsulaires, aucune altération de la faculté visuelle.

C'est donc à la belladone que reviennent les honneurs de la cure, tant de l'affection oculaire que de l'arthrite qui tourmentait le malade. Autrefois employé dans le rhumatisme et la goutte par Dithmars (*Smetius*, lib. IV, page 138), Molenbroek (*Varren*, *Opusc.* C. XV, § 13), Ziegler (*Beobachtungen aus die Arzneiwissenschaft*, S. 33), ce médicament a été remis en usage dans ces affections par M. Lovatte (*Annali universali di Medicina*, Maggio 1832, p. 584), et M. Lebreton (*Traité de Thérapeutique et de Mat. méd.*, de Trousseau et Pidoux, vol. Ier, p. 225), puis de nouveau abandonné. D'après le dernier auteur, on donne un quart de grain d'extrait toutes les heures. Le délire apparaît ordinairement le deuxième jour, et quelle que soit la violence des accidents cérébraux, il insiste sur le médicament jusqu'à ce que la douleur et la tuméfaction soient entièrement dissipées. MM. Trousseau et Pidoux (*loc. cit.*, p. 225) ont essayé cette médication ; mais ils ont été sur-le-champ effrayés par le délire, et ils n'ont pas osé continuer. J'eusse, pour ma part, fait comme eux, sans me laisser rassurer par M. Giacomini (*Traité philos. et expérim. de Mat. méd. et de Thérap.*, trad. par Mojon et Rognetta, Paris, 1842, p. 537, 2e col.), qui assure « que le délire produit par « la belladone est de nature opposée à celui qui accompagne l'encé- « phalite, c'est-à-dire qu'il est *hyposthénisant.* »

Rien de semblabie à ce que signale M. Lebreton et à ce qu'ont observé MM. Trousseau et Pidoux ne s'est offert chez notre malade. Notons que ces observateurs ont prescrit l'extrait, et que c'est la racine pulvérisée qui a été donnée dans l'observation que je viens de rapporter. Le mode d'administration qu'ils ont suivi n'est également pas le même. Serait-ce dans ces différences de la forme et du mode d'administration que résideraient la cause de la diversité des effets ? On ne saurait le nier.

La dose de la racine pulvérisée est fixée par M. Giacomini de 10 à

30 centigrammes, ou 3 à 6 grains ; elle a été dépassée de beaucoup chez notre malade, sans qu'il en soit, comme on l'a vu, résulté le moindre inconvénient.

Le résultat que j'ai obtenu ne manquera pas de provoquer de nouveaux essais : c'est surtout dans l'iritis rhumatismale que l'on voudra recourir à l'usage de cette plante, si utile d'ailleurs, dans cette affection, à titre de mydriatique.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

Annales de la Société de médecine de Gand.

Note sur deux opérations de pupille artificielle; par M. Teirlinck. — Cette note a été l'objet du rapport suivant, lu dans la séance du mois de septembre, au nom d'une commission composée de MM. Meulewaeter, Decaisne et Sotteau, rapporteur : « M. Teirlinck cherche à démontrer, dans la note que nous sommes chargés d'analyser, que l'opération de la pupille artificielle est la plus difficile des opérations qui s'exécutent non-seulement sur l'œil, mais encore sur toutes les parties du corps de l'homme ; que les apparences sont contre elle et portent à conclure *a priori* qu'elle donne des résultats peu favorables, et qu'elle est rarement couronnée de succès. Cette croyance est généralement partagée, dit-il, par les chirurgiens qui s'occupent peu des maladies oculaires, voire même par un grand nombre d'ophthalmologues qui, sans regarder cette opération comme aussi grave et aussi peu fructueuse, l'envisagent cependant comme très-chanceuse. M. Teirlinck regarde cette opinion comme exagérée, inexacte, et il déclare ne pouvoir, en aucune manière, partager les craintes si vives qu'expriment, en général, les auteurs qui se sont occupés de la coréomorphose, dont, à les entendre, les résultats sont très-problématiques. Enfin, il répète encore que, d'après sa propre expérience, il est persuadé que les accidents inflammatoires dont on nous effraie tant, ne surgissent pas, ou sont si peu graves qu'ils ne compromettent qu'exceptionnellement le succès de cette opération, et qu'entreprise dans des conditions convenables, celle-ci est plus rarement que l'opération de la cataracte, suivie d'accidents qui en empêchent la réussite. Il

cite à l'appui de cette assertion l'opinion de M. le professeur Van Roosbroeck, qui pense que si la formation de la pupille artificielle a eu si peu de succès entre les mains d'un si grand nombre de chirurgiens, c'est parce qu'ils ont opéré sur des sujets qui ne présentaient pas les conditions nécessaires à la réussite de l'opération. Il ne suffit pas, dit M. Teirlinck, qu'il y ait une lésion physique qui s'oppose à l'introduction de la lumière dans l'intérieur de l'œil, pour qu'on se décide à pratiquer l'opération de la pupille, mais il faut encore que les organes visuels soient actuellement exempts de toute maladie (excepté celle qui donne lieu à l'opération), et avoir égard à la constitution de l'individu, à son âge, etc.

« Enfin, l'auteur de la note que nous analysons dit pouvoir appuyer ce qu'il avance sur une longue série d'opérations de la pupille artificielle, puisées tant dans la clinique ophthalmologique de l'Université de Gand que dans la pratique de M. Van Roosbroeck ; mais il se borne à citer deux cas qui confirment pleinement sa manière de voir et servent à prouver que l'opération précitée ne mérite nullement le discrédit dans lequel elle est tombée, de notre temps, auprès de quelques esprits prévenus ou mauvais appréciateurs de l'état réel de la question.

« Quant aux deux observations qui terminent la note de M. Teirlinck, nous n'y trouvons rien d'extraordinaire. Il s'agit, dans la première, d'une femme dont l'œil droit était complètement atrophié, tandis que l'œil gauche, qui avait conservé son volume naturel, présentait une énorme tache leucômateuse sur la cornée, tache qui cependant avait épargné le tiers externe et inférieur de cette même cornée restée transparente dans ce point. Cette lésion était, en outre, compliquée d'atrésie pupillaire complète et de synéchie antérieure.

« Elle fut opérée par iridectomie, d'après le precédé de Beer, et la malade recouvra parfaitement la vue de ce côté.

« Le second cas est relatif à un soldat qui avait complètement perdu la vue de l'œil droit, et qui offrait à la cornée gauche un leucôme qui n'avait épargné qu'une ligne en largeur et trois lignes en longueur de la partie externe et inférieure de cette membrane.

« Cette dernière ne permettant pas d'opérer d'après la méthode précédente, qui exige une incision dans l'étroite partie saine de la membrane cornéenne qui vient d'être mentionnée, incision dont la cicatrice aurait encore diminué l'étendue déjà trop restreinte, il fut

opéré par iridectomédialysis. La vue s'améliora au point qu'il pût se conduire seul, voire même jouer aux cartes.

« La grandeur des résultats obtenus dans des circonstances aussi peu favorables, dit M. Teirlinck en terminant, doit contribuer certainement à relever l'opération de la pupille artificielle du discrédit dans lequel elle semble être tombée dans notre pays. »

« Votre commission, frappée des assertions contenues dans la note dont elle vient de donner l'analyse, s'est empressée de fouiller les annales de la science pour s'assurer jusqu'à quel point elles étaient fondées; mais elle n'a trouvé aucun fait qui pût être mis à leur appui. Elle se trouve donc dans la nécessité de se mettre en opposition avec l'auteur et de démontrer tout ce qu'il y a peut-être d'erroné dans ses opinions à l'égard du degré de discrédit dont l'opération de la pupille artificielle jouirait dans ce pays, ainsi que dans le monde entier.

« Ce n'est pas ici le lieu d'établir le parallèle entre l'opération de la pupille artificielle et les autres opérations chirurgicales qui se pratiquent sur le corps humain, pour démontrer que notre confrère est évidemment dans l'erreur en avançant que la première est la plus difficile que l'on puisse exécuter sur l'homme; il faudrait entrer dans des détails qui nous conduiraient trop loin. Cependant nous ne pouvons laisser passer cette assertion sans la relever. Pour le médecin opérateur, qui a vu beaucoup et qui a beaucoup fait surtout, il est évident que l'opération de la pupille est une opération délicate et qui exige beaucoup de dextérité, mais rien de plus. Une fois la lésion reconnue, le plan d'y remédier établi, que faut-il de plus, pour réussir, qu'une main légère, des instruments parfaits? La conviction que l'on ne court aucun danger, que l'on ne compromet nullement la vie du patient, rend la main ferme et assure la réussite à celui qui s'est déjà une fois hasardé à entreprendre la formation d'une pupille. Il n'en est pas de même des opérations chirurgicales importantes. Là seulement se rencontrent les vraies difficultés de l'art; la vie du malade dépend souvent de sa réussite, et son existence peut être instantanément compromise par la moindre fausse manœuvre de la part du chirurgien; et cependant, notez-le bien, c'est quelquefois inondé de sang, au milieu de tissus désorganisés, engorgés, indurés, ayant perdu tous leurs rapports anatomiques, qu'il doit agir : souvent même il ne peut voir les parties sur lesquelles il opère; c'est le tact seul qui le guide. Voilà, nous semble-t-il, ce que l'on peut appeler des difficultés, et mises en regard de celles que présente la formation d'une pupille, cette dernière pourrait presque être considérée comme

une opération récréative pour le vrai chirurgien. Nous avons pratiqué des pupilles artificielles, et nous avons aussi fait de grandes opérations chirurgicales. Nous sommes donc à même d'établir entre les faits que nous discutons un parallèle rigoureux, et nous prions l'honorable auteur de croire que notre dissidence d'opinion est le résultat d'une profonde conviction, établie sur des faits certains.

« Nous convenons avec M. Teirlinck que la formation de la pupille artificielle n'est pas en faveur chez tous les chirurgiens qui s'occupent peu d'ophthalmologie ; mais n'en est-il pas de même chez ceux-là, peut-être, de toutes les opérations chirurgicales ? Cela prouverait seulement que parmi les personnes qui exercent la chirurgie, il se trouve des hommes incapables d'accomplir dans tout son entier l'œuvre que nous impose l'art. C'est ici le cas de rappeler l'adage tiré de l'Écriture sainte : « *multi vocati, pauci verò electi.* » Mais nous sommes persuadés que jamais médecin-opérateur éclairé ne s'est élevé contre la formation de la pupille artificielle, dans les cas où la science l'indique, et nous savons pertinemment qu'elle a été exécutée par plusieurs oculistes et par plusieurs médecins compatriotes qui, sans porter le nom d'ophthalmologues, n'en cultivent pas moins avec succès cette branche de l'art de guérir. Nous pourrions citer, entre autres, MM. les docteurs Jans (de Peer), Lutens, jeune, Hairion, Ansiaux, père, Jules Ansiaux, Cunier, Stiévenart. L'un de nous (M. Sotteau) a présenté à votre honorable Société trois cas de réussite d'opération de pupille artificielle.

« Nous ne rapportons ici que des noms de médecins indigènes, parce que l'auteur paraît, dans sa note, les avoir eus particulièrement en vue. Ne dirait-on pas qu'il se rattache à la Belgique médicale une fatalité qui tend à la ravaler aux yeux des autres nations savantes ! A chaque pas on rencontre de nouveaux préjugés qui ne font qu'attirer sur elle la déconsidération. Cent maladies diverses, qui peuvent être guéries dans notre pays, vont réclamer un traitement à l'étranger. Vous avez beau prouver que l'on sait faire ici, et avec succès, l'opération de la taille, lithotritier, enlever un sein cancéreux, guérir un catarrhe vésical, etc., etc., on n'en court pas moins chez nos voisins qui s'enrichissent à nos dépens, et ne donnent aux malades que ce qu'ils auraient recueilli avec autant de certitude et moins de frais dans leurs foyers. Et quelle est la source de ce manque de confiance envers les médecins compatriotes ? Il ne serait pas impossible de l'indiquer ; mais les limites de ce rapport ne nous permettent pas d'aborder cette grave question. Nous dirons

seulement en passant que des écrits semblables à celui que nous analysons sont bien peu propres à nous relever dans l'opinion publique. Quant aux ophthalmologues et auteurs qui cherchent à faire douter des succès de l'opération, et à les faire considérer comme très-problématiques, nous aurions été très-obligés à l'auteur de la note que nous discutons, s'il nous en avait indiqué les noms ; il nous aurait épargné beaucoup de recherches infructueuses, car toutes celles que nous avons faites nous ont conduits à des résultats négatifs. Parmi les ouvrages que nous avons consultés, nous pouvons citer ceux de Sanson (*Dict. méd.-chir. prat.*), de Roche et Sanson, (*Nouveaux Éléments de Pathologie médico-chirurgicale*), de Velpeau, (*Éléments de Médecine opératoire*) ; de Malgaigne (*Manuel de Médecine opératoire*) ; de Van Onsenoort (*Bijdragen tot de geschienenis der vorming van een' Kunstigen oogappel in het algemeen, enz.*) ; de Ch. Deval (*Chirurgie oculaire* ou *Traité des Opérations chirurgicales qui se pratiquent sur l'œil et ses annexes*) ; de W. Mackenzie (*Traité pratique des Maladies des yeux*); de Sichel (*Bulletin de Thérapeutique*, mars 1841) ; les *Annales d'Oculistique* du docteur Cunier, *le Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, etc. Nous n'étendrons pas davantage cette liste, afin de ne pas être fastidieux ; mais nous pouvons assurer qu'aucun des autres ouvrages que nous avons vus ne jette du discrédit sur l'opération de la pupille artificielle ; tous, au contraire, la recommandent, annoncent des succès, et donnent des règles auxquelles il faut se conformer pour la conduire à bonne fin. Nous pensons aussi que pour opérer une pupille artificielle avec avantage, il est indispensable que le sujet présente les conditions favorables à sa réussite. Cette règle nous paraît commune à toutes les opérations possibles, qui n'ont généralement de résultats avantageux que pour autant que l'on agisse sous l'influence de certaines dispositions sanitaires sans le concours desquelles on ne peut guère espérer de succès. L'opinion de M. le docteur Van Roosbroeck, dont M. Teirlinck s'étaie en faisant cette assertion, nous paraît loin d'être neuve, car elle a été émise antérieurement par bon nombre d'ophthalmologues distingués. M. Sichel, entre autres, dit (*Bulletin de Thérapeutique*, mars 1841) que lorsque l'opération de la pupille échoue, cela tient plus fréquemment à ce qu'elle est souvent entreprise dans des circonstances qui ne permettent pas d'espérer le succès, ou d'après des méthodes vicieuses, qu'à une imperfection inhérente à l'opération elle-même. Nous citerons également M. Deval, qui, dans sa *Chirurgie oculaire*, donne un long article sur les

conditions que doit réunir le sujet pour être soumis avec espoir de succès à l'opération de la pupille, ainsi que M. W. Mackenzie, qui a consacré, dans son *Traité pratique des Maladies des yeux*, un chapitre entier dans lequel il énumère très-minutieusement tous les cas de contre-indication à l'établissement de la pupille artificielle.

« Les préceptes qui doivent guider le médecin dans les circonstances qui nous occupent, ne sont, comme nous venons de le démontrer, ni assez nouveaux, ni assez peu répandus dans la science, pour qu'ils ne soient pas connus de tous ceux que la chose concerne. Ainsi, on voit que notre confrère, en reproduisant dans sa note des opinions qu'il semble attribuer à M. Van Roosbroeck, ne fait que répéter des conseils qui ont été donnés depuis longtemps et répétés à satiété. Quant aux deux observations de pupille artificielle qui terminent la note que nous commentons, bien qu'elles ne présentent aucun intérêt scientifique particulier, nous nous faisons un devoir de les signaler à la Société, persuadés que nous sommes qu'elle est toujours heureuse de pouvoir enregistrer de nouveaux succès. Nous n'y reviendrons plus ici : ce que nous en avons dit d'abord nous paraît suffire.

« Ce qui a le plus frappé votre commission, ce sont les efforts faits par M. Teirlinck pour persuader que l'opération de la pupille artificielle est en plein discrédit dans notre pays, et qu'elle est considérée comme problématique par beaucoup d'auteurs et d'ophthalmologues. Nous ne pouvons concevoir les motifs qui ont pu le porter à émettre des idées si contestables, et nous aimons à croire que le peu que nous avons dit à ce sujet suffira pour détruire des allégations qui n'honorent guère le corps médical belge. »

JOURNAUX ALLEMANDS.

Oppenheim's Hamburger Zeitschrift.

Amaurose rhumatismale ancienne des deux yeux, guérie par l'extrait de pulsatille; par M. Helmbrecht, médecin de bataillon, etc., à Brunswick. — Un fermier de 38 ans, très-robuste, avait perdu la vue depuis longtemps à la suite d'un refroidissement. « Les prunelles étaient normales et claires, l'iris immobile et grand, photophobe (*starr*, *gross*, *lichtscheu*) épiphora, regard particulier (*eigenthümlicher*), incertain. Les douleurs dans le voisinage des yeux, dans l'orbite, et dans le bulbe même, avaient conservé la même

intensité qu'au début, et avaient occasionné (*hatte... erzeugt*) une chute considérable de la paupière. Toutes les autres fonctions étaient normales. » « La *diathèse rhumatismale* étant née à la suite d'un « refroidissement de la tête chez un individu sain d'ailleurs et ro- « buste, l'auteur trouva qu'il y avait indication d'administrer le ca- « lomel avec le jalap, de jour à autre, pendant une semaine, d'appli- « quer un séton à la nuque. Diète légèrement nourrissante, chambre « obscurcie et chaude. » L'amélioration n'étant pas notable après huit jours, M. H. donna l'extrait de guajac avec le camphre ; le soir, une poudre de Dower ; thé de sureau. Activer le séton. — Cette médication continuée pendant 15 jours améliora l'état du patient, en ce sens que les douleurs s'amoindrirent et se concentrèrent plus dans l'œil même ; le camphre fut alors remplacé par l'extrait d'aconit. — Les douleurs devinrent rémittentes : puis elles cessèrent peu à peu tant dans l'œil que dans la région voisine. — Trois semaines plus tard, le patient commença à distinguer la lumière. Aussitôt l'extrait de pulsatille fut donné à la dose de 3 grains, 3 fois par jour; extérieurement, des frictions furent pratiquées sur les paupières et les parties voisines, 3 ou 4 fois le jour, avec la teinture de cantharides et l'esprit de romarin composé, ana *p. é.* — Après un mois, il a été donné 4 gr. d'extrait de pulsatille, *pro dosi;* la chute palpébrale persistant, des vésicatoires furent placés autour des paupières. — Un mois plus tard, la guérison était complète. — La cure s'est maintenue.

Certes, on ne peut reprocher à M. Helmbrecht, d'avoir été avare de moyens. Son malade a récupéré la vue : c'est là l'essentiel ; mais il serait plus que difficile de décider quel est le rôle que la pulsatille a joué dans cette cure. Dr Noeggerath.

JOURNAUX HOLLANDAIS.

Nederlandsch Lancet.

(Revue par M. Ch. Van Steenkiste, bibliothécaire de la Société médico-chirurgicale, etc., à Bruges.)

Observations ophthalmologiques, communiquées par M. V. D. — « Lorsqu'on se promène dans cette capitale, dit l'auteur, on doit être étonné, en présence des progrès récents de l'ophthalmologie et de la possibilité où se trouvent les individus de toutes les classes, de recevoir les soins d'hommes possédant des connaissances oculistiques étendues, de rencontrer un aussi grand nombre d'individus

affectés de maux d'yeux. » La plus grande partie de ces affections sont de nature scrofuleuse. L'auteur donne, d'après Weiss, la symptomatologie de l'ophthalmie de ce nom, qu'il divise en *blepharitis glandulosa scrofulosa* (lorsque les glandules palpébrales sont malades, *ziekelijk zijn aangedaan*) et en *conjunctivitis scrofulosa* (lorsque la conjonctive est en même temps affectée) : il accorde une grande attention aux complications qui font des ophthalmies scrofuleuses des affections mixtes : mais il passe sous silence la complication rhumatismale, qui est sans contredit la plus commune en Hollande. — L'auteur vante l'onguent de calomel, dont il fait une espèce de panacée contre l'ophthalmie strumeuse ; à l'intérieur, il donne l'huile de foie de morue et les *eccoprotica* (il eût été pour le moins aussi simple de dire des *laxatifs*). — Le vésicatoire et les autres révulsifs cutanés sont repoussés par M. V. D. — Somme toute, nous trouvons le traitement qu'il prône très-incomplet, en ce qu'il n'est fait aucun usage des hyposthénisants, si utiles dans l'ophthalmie strumeuse, et en ce que l'attention à accorder aux moyens généraux se trouve presque complètement négligée pour des moyens topiques.

Un mot sur les oculistes ambulants; par le docteur A. S. Van Nierop, junior, chirurgien-accoucheur, à Amsterdam. — La Hollande est à peine débarrassée d'un oculiste ambulant, qu'un autre survient. M. Van Nierop a trouvé leur conduite si peu digne, qu'il a cru de son devoir de la signaler, espérant qu'il lui suffira de faire connaître la vérité à ses confrères pour qu'elle parvienne par leur aide au public. Il commence par examiner cette question : *Quels ont été les mobiles de tous les oculistes voyageurs qui ont successivement honoré ou déshonoré la Néerlande de leur présence ?*

L'auteur établit une distinction entre les oculistes qui viennent *exploiter* la Hollande et ceux qui visitent ce royaume pour connaître les institutions médicales et les hommes qui y font progresser la science. Ces derniers poursuivent un but scientifique, profitable au pays comme à la science et à l'humanité : ils ne viennent chercher ni des honneurs, ni des croix, ni des médailles ; ils ne viennent pas dans le but de récolter l'or, l'argent et le cuivre des Hollandais ! On ne

les voit pas étaler à la quatrième page des journaux leur nom suivi d'une kyrielle de titres ; on ne lit pas dans les feuilles timbrées les réclames qu'ils ont rédigées ou fait rédiger par des personnes à leur solde ou à leur dévotion.

Les oculistes ambulants dont veut parler M. Van Nierop sont de deux sortes, qui se traduisent en *charlatan instruit*, et en *charlatan ignorant*. Celui-ci n'a en vue qu'une chose : gagner de l'or ; il ne s'en cache pas. A celui-là il faut également de l'or ; mais par ses belles manières, par la philanthropie dont il fait étalage, il vise aux honneurs, aux décorations : à force d'intrigues, il arrive à se faire annoncer et recommander *officiellement*. — Nous ne suivrons pas l'auteur dans tous les développements qu'il donne à la question ; nous nous bornerons à dire qu'il s'élève avec force et indignation contre les faveurs accordées par le Roi et les ministres aux oculistes voyageurs, et toujours refusées aux indigènes. Ainsi, on n'exigerait pas d'eux les mêmes examens que pour les hommes du pays, ils ne seraient pas astreints à posséder la langue nationale, on leur permettrait d'exiger des sommes hors de proportion avec les honoraires soldés aux nationaux, le tarif des vacations ne leur serait pas appliqué, etc., etc..

M. Van Nierop porte contre les oculistes étrangers l'accusation grave de pratiquer des opérations dans des cas où le moindre espoir de succès ne peut être conçu.

L'appât de l'or leur met l'instrument à la main. Il se récrie contre les médecins nationaux qui se sont laissé éblouir par la dextérité de ces étrangers, et se sont laissés aller à les défendre, à leur délivrer des certificats. Il termine par la citation du passage de M. Sadler, relatif à l'habileté et à la manière de faire des opérateurs ambulants (voir *Annales d'Oculistique*, vol. XII, p. 237).

Quelle conduite doivent adopter le gouvernement, les médecins et chirurgiens régnicoles, à l'effet de rendre moins déshonorantes et moins fréquentes les visites des oculistes ambulants ? — M. Van Nierop revient de nouveau sur les manœuvres des oculistes ambulants, et indique à ses confrères les moyens de se convaincre combien ces étrangers se moquent d'eux. Il cite des faits qui prouveraient que leur philanthropie n'est qu'un moyen de se faire mieux payer. Il propose les mesures suivantes pour détruire la plaie qu'il a mise à nu :

1° Aucun étranger ne serait admis à pratiquer l'oculistique sans avoir préalablement subi un examen spécial, et en *langue nationale*.

2° Une fois admis à pratiquer, l'étranger serait tenu de se conformer aux lois sur l'art de guérir. Ses honoraires seraient réglés sur le même pied que ceux des médecins et chirurgiens du pays. La vente de médicaments lui serait interdite.

3° Ces conditions rendraient *moins nuisibles au pays* les visites des oculistes ambulants. « Mais, dit l'auteur, ces mesures ne suffi-« ront pas pour faire naître le goût de l'oculistique dans notre pa-« trie et mettre chez nous cette branche au niveau de ce qu'elle « est en Allemagne et en France. » Un grand nombre de médecins néerlandais ont reçu une courte instruction oculistique, ont fréquemment vu pratiquer des opérations sur les yeux, ont pu observer de nombreux cas de maladies oculaires à la clinique du professeur Tilanus, à Amsterdam; mais une fois munis de leur diplome, ils cessent de s'occuper d'études oculistiques, et ils perdent ainsi le fruit d'un travail antérieur qui paraissait d'un si heureux augure. M. Van Nierop forme des vœux ardents pour que les jeunes gens, une fois livrés à la pratique, n'abandonnent plus, comme ils le font aujourd'hui, l'oculistique, cette branche des sciences médicales qui mérite, à cause de sa haute importance, de n'être pas traitée avec l'espèce de dédain que l'on affecte pour elle ; il annonce qu'il cherchera prochainement à faire ressortir, à l'occasion de quelques observations ophthalmologiques qu'il doit publier, les services que la médecine peut retirer de l'observation et de la pratique des maladies des yeux.

4° Le nombre des professeurs dans les Facultés et les Athénées de médecine, en Hollande, est si restreint, leurs occupations si multipliées en raison des nombreux cours qu'ils sont appelés à donner, qu'il leur est impossible d'accorder à l'oculistique une attention convenable. M. Van Nierop, se bâsant sur l'importance que cette science a acquise, sur les découvertes dont elle s'enrichit chaque jour, réclame l'institution de chaires spéciales, auxquelles seraient naturellement jointes des cliniques destinées au traitement des maladies de l'œil et de ses annexes. « Ce n'est que lorsque ce vœu sera réalisé, dit l'auteur, que le public sera détrompé, parce qu'il lui sera prouvé par des exemples qu'il n'y a plus nécessité de recourir aux étrangers. Et dès que ceux-ci sauront que l'ophthalmologie n'est pas moins familière à nos médecins que les autres branches de l'art de guérir, notre pays cessera de leur présenter l'attrait qui les réjouit, et leurs visites diminueront de fréquence; et certes nous n'y perdrons pas! »

L'écrit que nous venons d'analyser a été dicté autant par le patriotisme, toujours fervent chez les Hollandais, que par l'amour le plus pur de la science et de la dignité de la profession médicale. On ne saurait donc trop approuver les motifs qui ont guidé M. Van Nierop. Nous dirons toutefois qu'après l'aveu (que nous croyons non fondé) qu'il fait de l'infériorité des médecins hollandais sous le rapport de la pratique ophthalmologique, aveu sur lequel il insiste (voir son 3e et son 4e), il ne nous semble pas juste de se récrier aussi hautement qu'il le fait sur les visites que les oculistes étrangers font à la Hollande. M. Van Nierop ne nous paraît dans son droit que pour autant qu'il parle de ceux qui déploient un charlatanisme mettant en œuvre des moyens que l'honneur et la dignité médicales repoussent. De pareils hommes ne sauraient être trop flétris. Mais tous ne sont pas de la même trempe. Nous adresserons ici à M. Van Nierop le reproche qui a été fait dans ce journal (vol. XIII, p. 143) à l'auteur de la *Physiologie de l'oculiste ambulant* : il devait, selon nous, « avertir son lecteur qu'il se trouve parmi les oculistes qui voya« gent quelques hommes qui ont toujours su se concilier l'estime « et la considération, non-seulement du monde, mais aussi des « gouvernements, auxquels ils ont rendu des services aussi signalés « que désintéressés, et du corps médical, qui les a toujours recher« chés pour l'instruction qu'il retire de ses relations avec eux. Il y « a injustice flagrante à ne pas honorer l'abnégation dont ils four« nissent chaque jour des preuves. » Nous pourrions citer à ce propos les noms de quelques hommes que notre confrère hollandais a injustement compris au nombre de ceux qui déshonorent la profession. Il est souvent très-périlleux de généraliser.

Nous nous sommes fait cette question : Les hommes au courant de l'oculistique sont-ils donc aussi rares en Hollande qu'on sera disposé à le croire après avoir lu la deuxième partie de l'écrit de M.Van Nierop ? Non certes, et nous devons le lui dire : s'il parle de M. Tilanus, il a eu le plus grand tort de ne pas rappeler que la Neérlande possède les Mensert, les Kerst, les Gobée, les Snabilié, les Van den Broeck, les Mess (de Leyde), les Van Dommelen, les Blom, les Sebastian, les Schröder Van der Kolk, etc., etc., dont les travaux oculistiques ont toujours été si favorablement accueillis tant chez nous qu'en France, en Allemagne et en Angleterre. Parmi les chirurgiens qui n'ont pas écrit, nous citerons comme habitués à la pratique de la chirurgie oculaire, MM. Haan, Vriens, Vogel, Ruychaver, Krieger, dans la seule ville de Rotterdam, W. Hendricksz (élève de

MM. Jüngken, Rosas et Jaeger) et Evers (élève de M. Sichel) à La Haye, Mulder, à Utrecht, Pott, à Eexta, Van Dura, à Dordrecht, et une foule d'autres que M. Van Nierop doit connaître mieux que nous, qui ne parlons ici que sur des indications recueillies en voyage et dans quelques recueils périodiques hollandais. Non, la Hollande n'est pas dépourvue de praticiens au courant de l'ophthalmologie ; mais on peut appliquer aux Hollandais ces mots de S. Augustin : *Mirantur aliqui altitudines montium et ingentia flumina maris.... reliquunt seipsos, nec mirantur.* Les Hollandais souffrant des yeux ont recours au *domine* Kriemer, s'adressent aux oculistes voyageurs, et dédaignent les secours plus efficaces et surtout moins coûteux qu'ils trouveraient chez des praticiens honorables de la ville qu'ils habitent. Naguère encore, les choses se passaient de même chez nous. Mais aujourd'hui le règne des Lubin, des Hennus et des oculistes voyageurs est passé. Les successeurs des premiers se remuent sans qu'on s'y laisse prendre encore ; les seconds ont fait chez nous de récentes apparitions qui les auront dégoûtés à tout jamais de la Belgique, où ils ont cessé de trouver des admirateurs et des dupes. Ce résultat n'est pas dû seulement à ce qu'on a réalisé chez nous les vœux que M. Van Nierop forme pour la Neérlande ; il faut le rapporter aussi à la conduite de la presse médicale, et notamment de la *Gazette médicale belge* et des *Annales d'Oculistique*, et aussi de la presse politique des Flandres, qui ont signalé les turpitudes de ces coureurs d'opérations ; mais il été surtout amené par l'organisation de dispensaires ophthalmiques sur divers points du pays, et par l'appui et les subventions que notre gouvernement et nos conseils provinciaux ont accordés à ces institutions. Bruxelles possède aujourd'hui, outre l'Institut ophthalmique fondé par M. Cunier, un service spécial des maladies des yeux confié au même chirurgien, à l'hôpital St-Jean ; Mons a son dispensaire ophthalmique fondé et dirigé par M. Stiévenart. Plus récemment, des dispensaires ont été ouverts à Liége par M. Jules Ansiaux, à Namur par M. Loiseau : quelques lits destinés à des ophthalmiques ont été mis à la disposition des professeurs d'ophthalmologie aux Universités de Gand et de Liége. Un Institut ophthalmique pour l'armée existe depuis plusieurs années à l'hôpital militaire de Louvain, et sert à l'enseignement oculistique donné à l'Université catholique par M. Hairion. Les *Annales d'Oculistique* tendent incessamment à vulgariser parmi nos praticiens les connaissances ophthalmologiques. La nouvelle génération médicale a reçu un enseignement théorique et pratique étendu :

aussi est-il juste de dire que notre corps médical, et spécialement le service de santé de l'armée, peut rivaliser aujourd'hui, sous le rapport de l'oculistique, avec les nations où les praticiens sont le plus versés dans cette spécialité. D'un autre côté, les faits produits dans nos institutions oculistiques n'ont pas tardé à parler; portés d'ailleurs à la connaissance des autorités communales par les chefs d'administration des provinces, ils ont eu pour effet que dans les lieux où il n'existe pas de médecin qui veuille prendre sur lui le traitement d'une maladie oculaire grave, les bureaux de bienfaisance sachant désormais à qui adresser les pauvres atteints de maux d'yeux, ont cessé de les envoyer aux oculistes ambulants qui faisaient mine de les soigner, mais en tiraient toujours quelque argent, sous prétexte d'opération ou de fourniture de médicaments, ou du moins matière à l'annonce, à la quatrième page d'une feuille timbrée, d'opérations extraordinaires couronnées d'une réussite des plus admirables. On n'aura pas oublié qu'il est toujours renvoyé à l'annonce par une réclame placée à la troisième page, et vantant la dextérité de l'opérateur et sa rare philanthropie ! Nous le répétons, grâce à l'attitude de la presse belge, et aussi de nos médecins, ces moyens ne sauraient plus s'employer chez nous. Il en sera de même chez nos voisins dès qu'ils le voudront. L'hydre n'est pas tellement difficile à détruire qu'ils ne puissent y parvenir.

En Belgique, il nous reste à former des vœux pour que les provinces d'Anvers, du Limbourg, du Luxembourg et de la Flandre occidentale soient pourvues d'établissements du genre de ceux que possèdent les autres provinces. Dans le Hainaut et le Brabant, MM. Stiévenart et Cunier se rendent tous les ans dans chaque chef-lieu de canton ; leur venue est annoncée aux administrations communales qui leur adressent, ordinairement sur l'indication des médecins, les pauvres qui doivent subir des opérations oculaires dont le succès est toujours plus assuré dans un hôpital : ces oculistes dressent la liste des malades opérables, et les font appeler dans leurs établissements, au fur et à mesure que des lits sont vacants. Ceci est fait dans le but d'éviter l'encombrement qui pourrait parfois survenir. La conduite tenue dans le Brabant et le Hainaut a été si féconde en résultats heureux, a dégrévé tant de budgets communaux de la charge d'entretien d'aveugles, qu'il est à désirer qu'elle soit généralisée.

Ch. Van Steenkiste.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Voyage médical dans l'Afrique septentrionale, ou *de l'Ophthalmologie considérée dans ses rapports avec les différentes races*; par le docteur S. Furnari, chevalier de la Légion d'honneur et du Mérite civil de François I[er] des Deux-Siciles, membre de l'Académie royale des sciences de Naples, etc., etc. — Paris, 1845, J. B. Baillière, 8°, pp. XII-344.

Sous ce titre, M. le docteur Furnari a publié un livre très-intéressant, que tous les médecins qui s'occupent d'ophthalmologie liront avec le plus grand plaisir. Il contient une foule de faits importants, soigneusement notés, et de nombreuses observations anatomiques dont l'auteur fait découler des conséquences curieuses pour la physiologie de l'œil.

Toutes les observations qu'il renferme ont été recueillies attentivement sur les lieux, par l'auteur, pendant une mission scientifique que lui avait confiée le gouvernement français.

Le travail embrasse : 1° l'anatomie ; 2° la physiologie ; 3° la thérapeutique oculaires. L'auteur termine enfin par l'exposé des ophthalmies qui ont sévi itérativement sur divers points de l'Algérie.

Nous examinerons successivement les divers sujets importants dont il traite, et nous nous attacherons ainsi à donner une idée exacte de l'œuvre.

1° *Cornée transparente*, très-petite chez les Kabyles, chez un grand nombre d'Arabes et chez la plupart des nègres d'Afrique. Circonférence d'une demi-ligne à une ligne de moins que chez les Européens.

Cette condition anatomique existe aussi chez les habitants de quelques parties de l'Espagne et de la Sicile, où les Arabes ont laissé tant de traces de leur séjour, et les habitants des îles Canaries, qui paraissent avoir eu les Berbères pour ancêtres.

L'*arc sénil* (gerototoxon) se prononce chez eux de très-bonne heure.

La cornée chez les indigènes d'Afrique est très-bombée, ce qui ne les empêche pas de voir de très-loin et de n'être presque jamais myopes. La presbyopie est plutôt chez eux un état normal qu'un symptôme maladif, et tous ceux qui ont voyagé en Afrique savent

très-bien qu'un Arabe distingue aussi loin à l'œil nu, qu'un voyageur ordinaire muni d'une longue vue.

L'*iris* est très-petit chez les Arabes ; le trou pupillaire est en général petit. Cette membranè est plus épaisse et plus résistante que chez les Européens. L'*uvée* est épaisse et d'un noir excessivement foncé chez les Kabyles. Chez les indigènes de l'Algérie, l'iris est un peu plus convexe et plus bombé que chez les Européens.

Le *cristallin* est le plus souvent petit et très-convexe.

La *choroïde* est très-dense, le pigment y constitue une couche aussi épaisse que chez les oiseaux, noircissant l'eau et présentant une pulpe un peu résistante.

La *sclérotique* présente chez les Arabes, et chez les nègres surtout, une teinte ictérique, due, comme on sait, à la constitution biliaire de ces nations.

Muscles de l'œil. L'œil, chez les Arabes, est un organe incessamment en action ; aussi les muscles qui l'entourent présentent-ils des fibres plus développées et plus longues que chez les Européens.

M. Furnari s'étonne qu'avec toutes ces conditions organiques propres à produire la myopie, à savoir : saillie du globe de l'œil, bombement plus grand de la cornée, petitesse et convexité plus grande du cristallin, etc., la myopie soit cependant si rare en Algérie. Il semblerait donc résulter de ce fait, ajoute-t-il, « que la saillie des yeux et le bombement du cristallin et de la cornée ne sont pas toujours des caractères physiques essentiels pour constituer la myopie ; » il pense même que malgré ces dispositions organiques, la réfraction des rayons lumineux peut se faire convenablement, et le cône formé par les rayons atteindre directement la rétine, au lieu de se disperser confusément en deçà de cette membrane et occasionner le trouble de la vue. Il croit que les divers états de la vision dépendent des *bonnes ou mauvaises dispositions organiques natives ou acquises de la rétine ou du nerf optique*; en sorte que les surfaces ou les milieux transparents de l'œil ne feraient alors que *contribuer* à augmenter ou diminuer la vue.

Nous ne croyons pas que ces observations faites chez les Arabes viennent confirmer cette opinion. Voici comment nous nous expliquons la bonne vue des Arabes malgré le bombement de l'œil et de la cornée :

La petitesse de la cornée, la fréquence et le prompt développement du gerontotoxon, le bombement de l'iris et l'étroitesse pupillaire, sont à notre avis des circonstances qui empêchent les rayons

réfractés au delà du centre de la cornée de pénétrer dans l'œil, dans lequel les rayons centraux seuls passent et arrivent jusqu'au fond, et sont des circonstances, disons-nous, qui expliquent parfaitement pourquoi les Arabes ne sont pas et ne doivent pas être myopes.

Que voyons-nous en effet dans la myopie ? 1° la pupille est large pour admettre le plus possible de rayons qui, d'abord divergents avant leur entrée dans l'œil, sont devenus convergents dès leur pénétration dans cet organe ; 2° l'iris, au lieu d'être bombé, semble s'affaisser en arrière.

Ici, au contraire, la pupille est étroite, l'iris est bombé ; il en résulte que les rayons les plus divergents qui, chez le myope, pénètrent dans les milieux de l'œil, ne peuvent y entrer dans le cas qui nous occupe, et qu'il n'y a en quelque sorte que les rayons centraux, ceux qui sont presque parallèles, qui y arrivent. Ceux-ci ne se croisant pour ainsi dire pas, restent réunis en faisceau. N'oublions pas de dire que la petitesse de la cornée et le prompt développement du gerontotoxon viennent encore diminuer le nombre des rayons excentriques.

L'*entropion* est une suite très-fréquente de l'ophthalmie en Afrique. Sur 100 personnes affectées de maux d'yeux, M. Furnari a constaté 25 fois l'entropion. Le trichiasis est plus commun encore chez les Juifs que chez les autres indigènes de l'Afrique. On le rencontre indistinctement à la paupière supérieure et à la paupière inférieure.

La disposition organique des paupières chez les Arabes, consistant en leur grande dimension de haut en bas, paraît les prédisposer à cette affection que l'ophthalmie vient déterminer par le relâchement, l'affaiblissement qu'elle amène dans le tissu des paupières, et la contraction spasmodique de l'orbiculaire suscitée par la photophobie ou la douleur de l'œil. L'entropion dépend quelquefois, chez les vieillards, de la chute de la paupière supérieure, favorisée elle-même par la compression de la coiffure trop lourde et trop serrée des Algériens. L'état de contraction habituelle des paupières dans un pays où la lumière est vive et éclatante, semble encore en être une des sources.

L'*ectropion* est beaucoup moins fréquent en Afrique que l'introversion.

Le *trichiasis* s'y trouve favorisé, à l'état simple, par des cils plus longs, plus fournis et plus épais, et la contraction habituelle des paupières.

L'*hydrophthalmie* est très-fréquente en Afrique ; elle affecte de préférence les Juifs et les Maures ; elle est rare chez les Arabes, et presque inconnue chez les Européens ; elle est presque toujours le résultat d'une dégénérescence quelconque des parties constitutives de l'œil, et elle se transmet de père en fils.

La *cataracte* est excessivement rare en Algérie. Il résulte de ce fait et de l'absence presque complète de cataractes dans les pays septentrionaux recouverts de neige, que la réflexion de la lumière et du calorique par un sol sablonneux ou par la neige, n'a aucune influence sur le développement de la cataracte, ainsi qu'on l'a cru jusqu'à ce jour.

Le *symblépharon*. M. Furnari ne l'a vu nulle part aussi fréquent qu'en Afrique et en Sicile. Il est le produit d'une inflammation chronique des paupières et de l'œil.

L'*albinisme* s'y présente avec des nuances et des degrés divers. Nuances extrêmes, où les yeux sont bleus, la peau parfaitement blanche et tout le système pileux incolore : c'est l'état le moins avancé ; ou bien toutes ces parties, au contraire, sont différemment colorées, et surtout les yeux sont rouge pâle, l'iris est rosé, etc. C'est alors l'albinisme complet. Dans les nuances intermédiaires, les iris paraissent plus ou moins violets.

La *fistule lacrymale* est commune parmi les colons d'Oran et de quelques autres villes de la Régence ; elle est très-rare chez les indigènes, ce qu'on doit peut-être attribuer à la sécheresse naturelle de l'œil chez les Arabes.

La *chassie africaine* consiste dans une légère augmentation de sécrétion des cryptes sébacés,— elle est plutôt une légère incommodité qu'une maladie, et est très-commune chez les Européens qui habitent l'Algérie.

L'*amblyopie*, très-commune chez les colons, est très-rare chez les Arabes de la plaine et chez les Kabyles.

L'*amaurose* est très-rare chez les Africains. L'auteur en donne pour raison que le pigment de la choroïde est épais et que la couleur en en est excessivement foncée. On observe, en effet, que plus le pigment est rare, moins la vue est bonne et plus la rétine est disposée à s'irriter sous l'influence de son excitant naturel, la lumière. Il s'appuye avec raison sur les phénomènes physiologiques d'optique qu'on observe chez les albinos et les leuco-Ethiopiens ou nègres blancs. Il résulte de cette disposition organique que les indigènes de l'Algérie supportant une lumière vive et soutenue sans que la rétine s'en

irrite et sans que la vue en soit troublée, l'amaurose par l'effet de l'irritation de la rétine, du nerf optique et de la choroïde, doit être rare.— En parlant du traitement de l'amaurose, M. Furnari émet une opinion qui mérite d'être examinée : « On sait, dit-il, que la matière colorante noire qui couvre la lame interne ou taischienne de la choroïde est un produit de sécrétion dont la couleur est due à du protoxyde de fer. En procédant par analogie, nous nous sommes demandé s'il n'était pas possible de faire pour la lame choroïdienne, dépourvue de pigmentum, ce qu'on fait avec succès pour le sang dépourvu de fer dans la chlorose. » L'auteur ajoute que ses premiers essais dans cette voie sont propres à l'engager à continuer ses expériences.

Ophthalmies épidémiques.

1° *Ophthalmie épidémique de Constantine* (mars 1839). Elle paraît n'avoir été qu'une scléro-conjonctivite. Elle n'était pas accompagnée de purulence, d'engorgement dur des paupières, et on n'y a pas pu reconnaître de granulations. Sur 200 cas, il y a eu une seule cécité complète. Il s'est présenté dans plusieurs cas une périodicité bien constatée, et elle était souvent liée à un état saburral des voies gastriques. Elle a sévi à une époque où les maladies régnantes offraientun caractère intermittent, et elle paraissait liée à ces affections. Dans l'épidémie ophthalmique de Constantine de 1839, les fièvres intermittentes et rémittentes ont *aggravé* l'affection oculaire pendant leurs accès ; pendant l'apyrexie, tantôt, et le plus souvent, elles conservaient le surcroît d'activité qui leur était imprimé par l'accès ; tantôt aussi elles rentraient tout à fait dans les conditions morbides qu'elles avaient présentées au début. Il a fallu, dans ces cas, traiter à la fois et la fièvre et les ophthalmies.

Ces ophthalmies sont attribuées à une foule d'autres causes que celle qui a suscité la fièvre. M. Furnari signale la transition du chaud au froid, de l'obscurité à une vive lumière, l'état misérable et anti-hygiénique des casernes, l'encombrement, le non-renouvellement de l'air et l'action des émanations des fosses d'aisances.

L'auteur nous paraît attacher trop d'importance à ces causes, mais surtout à la dernière, dans la détermination de ces ophthalmies, et les faits cités et empruntés à M. Portal, de Palerme, et à d'autres, prouvent bien que les miasmes des fosses d'aisances peuvent, dans des cas rares, avoir une influence spéciale sur les yeux, mais en y déterminant des accidents spéciaux, tout différents de ceux des

autres ophthalmies; ce qui ne permet pas de les confondre avec les ophthalmies des nouveau-nés et purulente des armées, ainsi que le fait M. Furnari. L'auteur, qui s'est livré à des recherches sur les affections oculaires dues aux émanations des égouts, a exagéré l'importance de cette action et généralisé ce qui n'était qu'exceptionnel. En Belgique, où toutes les influences sur la production des ophthalmies purulentes ont été parfaitement appréciées, on nie complètement l'action des émanations des latrines dans la génésie de l'ophthalmie de l'armée. Nos médecins militaires savent tous que dans les salles de police et les cachots, les militaires qui y couchent sont incessamment exposés aux émanations de leurs matières excrémentitielles, et qu'ils y contractent cependant moins souvent l'ophthalmie que ceux consignés dans leurs chambres. Il en est de même des cavaliers exposés pendant la nuit aux émanations ammoniacales de leurs écuries, et qui sont en quelque sorte préservés de l'ophthalmie. Quelques observations nous portent à croire que l'action des miasmes des latrines, loin de déterminer l'ophthalmie granuleuse, est favorable à sa guérison.—Si M. Portal, de Palerme, et un chirurgien militaire de Nantone, ont attribué les ophthalmies qu'ils ont observées à l'action des latrines, c'est évidemment à une époque où l'ophthalmie était pour ainsi dire inconnue dans sa nature et dans ses causes, ce qui la faisait attribuer à la première influence qu'on rencontrait et qu'on croyait capable d'irriter les yeux.

On ne peut, dans aucun cas, confondre une affection oculaire caractérisée par des douleurs vives, une photophobie des plus intenses, s'arrêtant, comme par enchantement, au moyen de lotions vinaigrées, avec les ophthalmies purulentes ou granuleuses, même avec celles dites *catarrhales*.

2° *Ophthalmie épidémique de Philippeville* (juillet, août, septembre et octobre). Elle a atteint les 19/20 des malades qui étaient à l'hôpital pour se faire traiter de la fièvre intermittente ou de la dyssenterie. L'ophthalmie se déclarait habituellement deux ou trois jours après l'admission des malades dans l'établissement. En ville, la maladie se présenta dans les mêmes proportions. Les symptômes étaient semblables à ceux de l'ophthalmie de Constantine. Les causes principales étaient le siroco et le vent du désert, la fraîcheur des nuits et l'encombrement; les autres causes étaient les grands remuements des terres vierges, la poussière provenant des matériaux employés aux grands travaux de construction opérés dans ce nouveau pays.— La

plupart de ces ophthalmies n'ont guéri qu'avec la maladie principale qui les entretenait ou en suscitait le développement; cependant, comme elles se présentaient fréquemment sous le type intermittent ou rémittent, on a dû, pour les faire disparaître, recourir aux anti-périodiques. Mais, chose remarquable, aucun indigène ne s'est présenté atteint de ce mal d'yeux.

3° *Ophthalmie épidémique d'Alger.* Elle s'est montrée en mars 1840, a pris un grand développement en juin et juillet, pour diminuer insensiblement en automne. La plupart des personnes qui avaient éprouvé des influences marécageuses en ont été atteintes, soit à l'hôpital, soit en ville. Les symptômes étaient en tout semblables à ceux des ophthalmies de Constantine et de Philippeville.

Traitement. Les émissions sanguines furent nuisibles; le sulfate de quinine fut le remède par excellence.

Les nombreuses causes assignées aux ophthalmies de l'Algérie prouvent suffisamment que la cause véritable y est encore inconnue. Le vent du désert ne contribue, selon nous, en rien dans la génésie de ces maux d'yeux, puisqu'il épargne les habitants des plaines de l'Algérie, précisément ceux qui sont les plus exposés à son influence. C'est dans les villes, dans les casernes, dans les hôpitaux, tous endroits où son souffle est le moins sensible, que la maladie s'est déclarée. Les variations thermométriques existent partout, et cependant l'ophthalmie ne se montre que dans ces lieux; elles ont existé en Algérie depuis l'occupation française, et des ophthalmies n'ont été signalées qu'en 1839. La seule liaison qui nous paraisse bien constatée, c'est le rapport qui existe entre les ophthalmies de l'Algérie et les fièvres intermittentes et rémittentes qui sévissaient concomitamment. Ce serait donc à l'influence paludeuse et aux émanations qui s'échappent des grands remuements d'un sol vierge qu'il faudrait les rapporter; mais alors pourquoi ces épidémies ophthalmiques ne se sont-elles pas montrées à Bougie, à Bone et à Oran, qui sont les garnisons les plus marécageuses de l'Algérie?

Quoi qu'il en soit, il reste bien constaté que les ophthalmies de l'Algérie n'ont pas la moindre analogie avec l'ophthalmie d'Égypte et celles qui ont sévi successivement dans plusieurs armées de l'Europe, et cela tant sous le rapport de l'étiologie, que de la symptomatologie, de la marche, des caractères anatomiques, de ses terminaisons, et du traitement qui lui est applicable.

D[r] DECONDÉ.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Alessi (R. C. Salvatore). — *Memoriali sulle malatti degli occhi.* Napoli, 1843, della tipographia del *Filiatre Sebezio*, 8°, pp. 355, avec 8 planches lithog.

Biagi (Profess. Ludovico). — *Di vari casi di Blepharo-plastica.* Firenze, 1843, Giovanni Mazzoni, 4°, pp. 28, avec une planche lithographié e.

(Ces deux ouvrages nous sont parvenus dans les premiers jours de ce mois seulement. Il en sera rendu compte dans un de nos prochains numéros.)

Delstanche (Félix). — *Excursion médicale.* — *Mélanges de médecine, de chirurgie et de philosophie.* — Bruxelles, Grégoir, 1845, 8° pp. 44.

N'est pas mis en vente.

(Voici comment notre honorable confrère, — qui s'occupe surtout du traitement des maladies de l'oreille, — entend la spécialité en médecine : « Elle ne peut exister que comme partie intégrante d'une science qu'il faut posséder avant tout ; mais, envisagée sous ce point de vue, je la crois et je la soutiens avantageuse. D'ailleurs, les spécialités sont dans la nature même des choses ; elles tirent leur origine soit de la prépondérance originelle de certaine faculté, soit de la nécessité qui amène jusqu'à un certain point cette prépondérance. Existe-t-il un seul médecin qui n'ait sa spécialité ? je n'en connais pas d'exemple, là même où la loi ne la rend pas obligatoire. Ne faites donc ni médecin, ni chirurgien, ni accoucheur ; mais faites tout cela à la fois, c'est-à-dire, mettez le jeune docteur dans la possibilité d'être l'un ou l'autre à volonté ; son goût ou les circonstances le décideront bientôt. Après cela, que l'on établisse des catégories si l'on veut, — bien que toute division soit presque sans objet ; — mais ne pas exiger d'un médecin qu'il sache mettre un appareil, panser une blessure, terminer un accouchement, lorsque les circonstances le commandent ; permettre qu'un chirurgien appelé d'urgence se récuse comme incapable devant une affection interne ; tranchons le mot : *c'est plus qu'une absurdité* ! »)

Gerold (Hugo). — *Die Lehre vom schwarzen Staar und dessen Heilung.* — *Nach eignen Erfahrungen am Krankenbette und pathologisch-anatomischen Untersuchungen für praktische Aerzte, bearbeitet.* Magdebourg, 1845. Im Verlage der Rubach'schen Buchhandlung (C. Fabricius), 8°, 25 Bogen.

Von Gaal (G.). — *Physikalische Diagnostik und deren Anwendung in der Medicin, Chirurgie, Oculistik, Otiatrik und Geburtshilfe.* Wien, 1846, 8°, pp. XXXVI-646, avec 1 planche lithog. et 2 fig. intercalées dans le texte.

(Traité de la valeur des signes objectifs pour établir le diagnostic. — La partie consacrée à l'examen de l'œil et de ses annexes (pp. 137-160) nous a paru très-recommandable : la valeur des divers signes que fournit l'inspec-

tion de l'organe est parfaitement mise en relief. — Dans un supplément, le docteur H. Heller traite de l'intervention du microscope et de la chimie dans les recherches pathologiques.)

RITTERICH (F. P.). — *Die Heilanstalt für arme Augenkranken zu Leipzig zur Zeit ihres 25jährigen Bestehens.* Leipzig, 1845, F. C. W. Vogel. Brochure gr.-8°.

CHRONIQUE.

BRUXELLES. — Notre honorable collaborateur, M. Ch. De Moor, d'Alost, nous mande ce qui suit, à propos des réflexions de MM. Hartung, Griesselich et G..l, sur un cas de fongus oculaire guéri par le traitement homœopathique (voir notre livraison d'octobre, pp. 164-174-177) : « M. Griesselich « cherche à élucider une question qui occupe les homœopathes, mais qui n'a « en quelque sorte rien de commun avec le sujet en question. Ce médecin « s'est mis à la tête de ceux qui veulent les fortes doses, et il n'épargne rien « pour imposer ses opinions : une observation assidue et minutieuse peut « seule résoudre cette question. Quant à M. Gaal, qui signe G..l, il n'a pas « fourni, (et il a de bonnes raisons pour ne pas les fournir) les renseignements « qu'il a annoncés. — Dès que mes occupations m'en laisseront le loisir, je « communiquerai à vos lecteurs deux articles, l'un écrit par M. Jaeger lui-« même, ayant pour titre : *Et audiatur altera pars* (Hygea, vol. XVIII, page « 158); l'autre est intutité : Dr JAEGER's *posthume Prognose eines homöopa-« tisch geheilten Scirrhus kritisch beleuchtet, briefl. Mittheilung von Doctor* « WATZKE, *prakt. Aerzte in Wien an* Dr GRIESSELICH *in Carlsruhe*, et porte « pour épigraphe : *Et audiatur tertia pars.* De cette façon, les *Annales d'O-« culistique* auront donné toutes les pièces du procès. »

Nous recevrons avec reconnaissance et nous nous empresserons de publier la communication que nous annonce M. le docteur De Moor.

— L'observation de *synchisis étincelant*, de M. Desmarres, a paru en même temps dans nos *Annales* et dans le *Journal de Chirurgie* (novembre), M. Sichel vient d'adresser à ce dernier recueil des *Recherches sur la formation de paillettes mobiles et luisantes dans le corps vitré*. Ce travail, écrit à l'occasion de l'article de M. Desmarres, ne nous ayant pas été communiqué en même temps qu'au *Journal* de M. Malgaigne, nous n'avons pu lui donner place dans notre livraison de ce mois. Nous ferons en sorte de le publier dans notre livraison de janvier 1846.

BRESLAU. — La librairie Ed. Trewendt vient de publier le prospectus d'un journal d'histoire de littérature médicales, qui paraîtra à dater de 1846, sous le titre de *Janus*. La direction de ce recueil est confiée à M. le professeur A. W E. Th. Henschel ; les collaborateurs sont MM. L. Choulant, H. Haeser, J. F. C. Hecker, C. F. Heusinger, F. Jahn, J. C. Marcx, J. Rosenbaum, etc.

NEUCHATEL (Suisse). — M. le docteur Dubois vient d'adresser au *Bulletin*

de Thérapeutique de Paris, qui a reproduit l'article de M. Desmarres sur l'emphysème des paupières (*Annales d'Oculistique*, septembre, p. 97,) une note sur un cas de cette affection.— Un homme de 50 ans vint, tout épouvanté, il y a 4 ou 5 ans, consulter M. D. pour une énorme tumeur qui venait de se former brusquement sur son œil droit. Une demi-heure auparavant, voulant soulever une malle, il avait reçu d'une personne baissée, qui s'était relevée tout à coup, un violent coup de tête sur l'œil droit, sans qu'il en résultât de blessure. Un moment après, le malade se moucha et fut fort effrayé de perdre immédiatemenc la vue de l'œil droit et d'y sentir une forte tuméfaction.— Les paupières droites et la peau avoisinante, jusqu'au milieu du front et du visage, étaient soulevées et formaient une tumeur de la grosseur d'une orange, ce qui donnait l'apparence la plus brulesque à la physionomie du patient. Cette tumeur lisse, blanche et tendue, la crépitation et la manière dont elle était survenue, ne pouvaient laisser de doute sur l'existence d'une déchirure du sac lacrymal. En quelques minutes, M. D. fit repasser l'air par le chemin qu'il avait suivi, en pétrissant la tumeur et en le poussant vers l'angle interne de l'œil M. D. recommanda au patient de ne pas se moucher de quelques jours, et lorsqu'il commencerait à le faire, d'appliquer le bout de son doigt sur l'ouverture supérieure du canal lacrymal. Cela suffit pour opérer la guérison, et l'emphysème n'est pas revenu.

Marseille. — Notre ville possède depuis un certain temps un dispensaire pour le traitement des maladies des yeux : il est dirigé par le docteur de *Grand-Boulogne*, connu dans la littérature oculistique par sa publication des leçons cliniques de M. Sichel, dont il a été longtemps le chef de clinique. — M. de Grand-Boulogne s'occupe en ce moment d'un travail assez considérable sur plusieurs causes de revers dans l'opération de la cataracte et sur les moyens d'en triompher. Aucun des auteurs qui ont écrit sur ce sujet n'a signalé les circonstances qui ont frappé notre confrère ; son mémoire paraîtra très incessamment. E.

Hanovre. — On nous écrit du Hanovre : Les journaux allemands ont annoncé, et tous les journaux français et anglais ont répété que notre prince royal gardait ses apartements, à cause d'une indisposition. La vérité est que l'on vient de tenter de lui rendre la vue, en recourant de nouveau à une opération. Le mystère dont on s'est entouré et qui est encore conservé prouve malheureusement que le chirurgien qui vient d'être employé, et dont on tait le nom, n'a pas été plus heureux que M. Jaeger, qui a opéré il y a deux ans. On se ferait difficilement une idée des nombreuses offres de services qui ont faites directement ou indirectement au roi Ernest Auguste, par des ophthalmologues de tous pays!... L'affection à laquelle on veut porter remède est une conicité des plus prononcées de la cornée. M. Jaeger a pratiqué une pupille artificielle, qui n'a produit aucun résultat. S'il faut en croire certains bruits, le cristallin aurait été extrait cette fois. R.

Iena. — Notre société grand-ducale de minéralogie et de gégonosie a tout récemment conféré le titre de *membre* à deux médecins belges, MM. les docteurs *Lutens*, jeune, médecin de régiment à Anvers, et *Cunier*, rédacteur des *Annales d'occulistique*, à Bruxelles.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE QUATORZIÈME VOLUME.

(JUILLET A DÉCEMBRE 1845.)

A.

B.

C.

H.

I.

K.

L.

M.

N.

O.

FIN DE LA TABLE.



ANNALES
D'OCULISTIQUE,

PUBLIÉES

PAR LE DOCTEUR **FLORENT CUNIER**,

MÉDECIN-OCULISTE, CHIRURGIEN DE L'INSTITUT OPHTHALMIQUE DE BRUXELLES, ANCIEN MÉDECIN MILITAIRE, MEMBRE DES ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS DE MÉDECINE D'AMSTERDAM, ANGERS, ANVERS, BADEN, BARCELONE, BERLIN, BOOM, BORDEAUX, BRUGES, BRUXELLES, COPENHAGUE, COROGNE, DRESDE, ERLANGEN, GAND, HALLE, HAMBOURG, HEIDELBERG, HOORN, IENA, LIÉGE, LISBONNE, LONDRES, LYON, MADRID, MALINES, MONS, MONTPELLIER, NANTES, NOUVELLE-ORLÉANS, PALMA DE MALLORCA, PARIS, PUERTO DE STA-MARIA, RIO-DE-JANEIRO, ROTTERDAM, SARRAGOSSE, STRASBOURG, VALENCE, VERVIERS, VIENNE, ETC.

Neuvième Année.

TOME XV.

3me Série. — Tome 3me.

BRUXELLES,
CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,
22, rue des Comédiens;
A PARIS,
Chez M. Germer Baillière, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

1er semestre 1846.

LISTE DE MM. LES COLLABORATEURS.

ANGLETERRE.

MM. Lawrence, à Londres. Mackenzie, à Glasgow. Middlemore, à Birmingham.

AUTRICHE.

MM. Gulz, à Vienne. Piringer, à Grätz.

BADEN.

MM. Chelius, à Heidelberg. Scherrer, à Constance.

BAVIÈRE.

MM. C. Canstatt et Heyfelder, à Erlangen. Textor, à Würzbourg.

BELGIQUE.

MM. Ansiaux (Jules), à Liége. Bastings, à Bruxelles. Binard, à Bruges. Burggraeve, à Gand. Decondé, à Arlon. Fallot, à Namur. Gouzée, à Anvers. Hairion, à Louvain. Hennotay, à Liége. Jans, à Peér. Loiseau, à Namur. Rieken, à Bruxelles. Schoenfeld, à Charleroi. Stiévenart, à Mons. Ch. Van Steenkiste, à Bruges.

BRÉSIL.

M. R. J. Faria de Mattos, à Maranhão.

DANEMARCK.

M. N. G. Melchior, à Copenhague.

ESPAGNE.

M. Escolar, à Madrid.

FRANCE.

MM. A. Bérard, à Paris. Bouchacourt, à Lyon. Caffe, Desmarres et Deval, à Paris. H. Duval, à Argenteuil. Furnari, à Paris. Guépin, à Nantes. Miquel, à Paris. Mirault, à Angers. Pamard, à Avignon. Pétrequin, à Lyon. Rognetta, à Paris. Serre (d'Uzès), à Alais. Serre, à Montpellier. Sichel, à Paris. Stoeber, à Strasbourg. Tavignot et Velpeau, à Paris.

GUATÉMALA (Amérique centrale).

M. Fleussu, à Santo-Thomas.

HOLLANDE.

MM. Kerst, à Utrecht. Hendricksz (W.), à La Haye. Mensert, à Amsterdam. Sebastian, à Groningue. Snabilié, à La Haye. Van den Broek, à Utrecht.

PORTUGAL.

M. Kessler, à Lisbonne.

PRUSSE.

MM. Andreae, à Magdebourg. Blasius, à Halle. C. Noeggerath, à Bonn.

RUSSIE.

MM. Evenius, à Moscou. Vanzetti (le professeur), à Karkov.

SAXE.

MM. Ammon (le chevalier d'), Baumgarten, Beger et Warnatz, à Dresde.

SUISSE.

M. Maunoir (le professeur), à Genève. Rau, à Berne.

TURQUIE.

M. Rigler, à Constantinople.

WURTEMBERG.

M. G. Horring, à Heilbronn.

Impr. de N.-J. Gregoir, 66, Fossé-aux-Loups.

ANNALES

D'OCULISTIQUE.

Tome XV. — 3e série. Tome 3me. — 1re livraison.

JANVIER 1846.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE LA PHOTOPHOBIE, DE SON SIÉGE, DE SES CAUSES ET DU TRAITEMENT QUI LUI CONVIENT;

Par le docteur Duval (Hégésippe), d'Argentan, département de l'Orne (France).

> Oculorum dolores meri potus, aut balneum, aut fomentum, aut venæ sectio, aut purgatio solvit. Hippocrat. Aph. 31, sectio vj.

Les hypothèses en médecine ne nous paraissent réellement à craindre que si, par avance érigées en système et contrariées par les faits, on veut, bon gré mal gré, les rapporter à des observations qui leur soient opposées; mais si l'on est disposé à les abandonner aussitôt qu'elles cessent d'entrer dans l'harmonie du tout, je ne comprends plus dès lors où sont ces immenses dangers signalés par quelques écrivains. Du moment où le scalpel entre les doigts devient inutile, les hypothèses commencent, et tant qu'elles ne sortent pas du cercle des phénomènes vus et appréciés chaque jour, elles ne peuvent évidemment, quelles qu'elles soient, qu'être utiles dans la recherche de la vérité.

Si dans le cours de ce mémoire, pénétré de la justice de cette proposition, nous nous sommes hardiment aventuré dans le champ vaste des suppositions, ce n'a jamais été qu'arrivé au delà de ce qui pouvait tomber sous nos sens, et bien décidé à les abandonner dès qu'elles auraient cessé de se plier naturellement à ce que nous avions vu et touché.

La question mise au concours cette année par le rédacteur des *Annales d'Oculistique*, et ainsi formulée : *De la photophobie, de son siége,*

de ses causes et du traitement qui lui convient, est peut-être une des plus controversées de l'ophthalmologie et sur laquelle l'opinion est le moins arrêtée. Nous n'avons pas, en écrivant ce mémoire, la prétention de fixer d'une manière inattaquable ce point de pathologie : quoi qu'il en soit, et telles craintes que nous puissions conserver de ne pas voir accepter nos idées en ce qui regarde l'explication que nous avançons de cet état morbide, nous avons cru néanmoins, fort de nos convictions, devoir les exposer et attendre un jugement qui nous en donnera la valeur.

La photophobie est caractérisée par une douleur vive et lancinante de tout l'ensemble oculaire, l'impossibilité de supporter la lumière, et une sécrétion abondante de larmes. Nous reviendrons sur chacune de ces particularités.

Beaucoup de théories ont été proposées pour expliquer d'où dérive ce phénomène, pourquoi il apparaît, dans quelles conditions il se montre, enfin, quel est son siége. M. Cade, l'un des élèves de M. Sichel, s'exprime ainsi à cet égard : « Il est hors de doute, dit-il, que la double couronne radiée péricornéenne que l'on observe dans la photophobie, est due à l'hypérémie des artères ciliaires de la sclérotique, qui, s'anastomosant avec celles de la conjonctive, se perdent dans la cornée, le ligament ciliaire et l'iris. Si donc le ligament ciliaire, traversé en outre par les nombreux nerfs ciliaires, est le centre premier du mouvement fluxionnaire inflammatoire dans toute kérato-sclérotite, on conçoit combien douloureuse devra être toute traction exercée sur cette partie de la sclérotique devenue éminemment sensible. Or, la pupille se contracte-t-elle sous l'influence de la lumière, il y a tiraillement concentrique du ligament ciliaire, dans la circonférence duquel est enchâssé l'iris, et par suite douleur intolérable, aversion extrême du jour, ou photophobie. La pupille se dilate-t-elle lors du passage de l'individu dans un lieu sombre et obscur, il y a relâchement de la membrane irienne, cessation de traction du ligament ciliaire, et par suite absence de douleur. Instillez quelques gouttes d'une solution d'extrait de belladone entre les paupières, le malade supportera, sans souffrir, l'action du grand jour, tant que l'ouverture pupillaire restera dilatée ; mais à peine l'action momentanée de ce narcotique est-elle épuisée, que l'iris se contracte, tiraille le ligament ciliaire, et le blépharospasme photophobique survient. Peut-on voir des rapports plus immédiats de cause à effet? Que l'on soumette ces faits au contrôle sévère de l'expérience, et l'on sera convaincu. »

Cette théorie, si ingénieuse qu'elle soit, et quoique appuyée du nom de quelques chirurgiens haut placés dans la science (citons entre autres M. A. Bérard), ne nous semble pas répondre à toutes les exigences de l'explication. Voici, du reste, la réfutation qu'en donne M. Sichel: « Et d'abord, dit-il, mettons de côté la question de savoir si les mouvements de l'iris, membrane molle et vasculaire, peuvent tirailler le ligament ciliaire, anneau très-ferme et fortement serré entre la choroïde et la sclérotique. Admettons pour un moment la possibilité de ce tiraillement; admettons également qu'il puisse donner lieu à la photophobie, circonstances qui nous paraissent plus que contestables; comment M. Cade est-il arrivé à établir sa théorie? Nous ne craignons pas de dire qu'elle est basée sur une méprise. Ce praticien a vu que le symptôme de la photophobie cède d'ordinaire avec promptitude, après toutefois que les émissions sanguines nécessaires ont été pratiquées, à l'usage de l'extrait de belladone en frictions sur le front et les tempes. Il conclut de là que l'instillation de ce médicament en dissolution doit produire le même effet. S'il avait une seule fois essayé ce procédé dans un cas de sclérotite, il serait convaincu que tant que l'inflammation est violente, la pupille ne se dilate que fort peu, et que sa dilatation, loin de diminuer la photophobie, l'augmente encore. Ce phénomène prouve jusqu'à l'évidence que c'est de la sensibilité exaltée de la rétine, et non pas de l'irritation et du tiraillement du ligament ciliaire, que dépend cette aversion pour la lumière. En effet, la rétine ne pouvant supporter l'excitation normale déterminée par le nombre ordinaire des faisceaux lumineux qui s'introduisent au fond de l'œil, doit être encore plus vivement affectée par le surcroît de rayons qui la frappent, lors de l'agrandissement artificiel de l'ouverture pupillaire. L'excessive violence de la photophobie dans la rétinite simple, phlegmasie exempte de toute injection précornéo-sclérotidienne, et par conséquent ne pouvant donner lieu à la douleur par le tiraillement du ligament ciliaire, vient à l'appui de ce que nous avançons et démontre que c'est dans la membrane sensitive du globe oculaire, et non dans le ligament ciliaire, qu'il faut chercher le siége de la photophobie. D'ailleurs, la sensibilité pénible et douloureuse ne cesse pas complètement dans l'obscurité; elle ne fait que diminuer sous son influence, non pas que l'irritation de la rétine, produite par l'étranglement de cette membrane, s'évanouisse comme par enchantement, mais parce que la cause irritante, la lumière, a cessé d'agir. Dans l'inflammation de la choroïde aussi, la

photophobie ne manque que tant que cette membrane n'est pas assez gonflée pour comprimer ou irriter la rétine : c'est pour cette raison que ce symptôme accompagne plutôt la phlogose de la moitié postérieure de la choroïde que celle de sa partie antérieure et du corps ciliaire. Le contraire devrait avoir lieu, à cause du gonflement souvent énorme de ce dernier et de la pression qu'il doit exercer sur le ligament ciliaire, si celui-ci était le siége du symptôme dont il s'agit. »

En sus de ces raisons de M. Sichel, ne pourrait-on pas encore demander comment il se fait que par suite de cette hypérémie des artères ciliaires et de la sclérotique, supposée par M. Cade, la photophobie apparaisse souvent sans injection scléroticale, et, de plus, comme le remarque M. Loureiro, comment il arrive, lorsque l'injection de la sclérotique est très-intense, que les pupilles se dilatent fort peu, que les mouvements de l'iris sont nuls ou presque nuls, que l'intolérance pour la lumière, loin de diminuer, s'aggrave?

Un argument bien sérieux encore, mis en avant par ce praticien, ce serait de savoir pourquoi la photophobie ne se trouverait pas le symptôme pathognomonique des inflammations de l'iris et du corps ciliaire, comme à la rigueur cela devrait être si elle dépendait du tiraillement de ce corps ?

Pour M. Sichel, ce phénomène appartient positivement à la sclérotite et à la rétinite. Quand il existe dans les autres phlegmasies oculaires, c'est parce que la sclérotique et la rétine sont en même temps frappées d'inflammation.

M. Loureiro retranche la sclérotite, et admet une irritation primitive ou consécutive de la rétine, de nature inflammatoire sanguine, ou inflammatoire nerveuse.

Si ces membranes étaient réellement exclusivement affectées, nous objecterions à notre tour que l'altération légère de la cornée se présente parfois avec les signes d'une violente photophobie, et que dans l'ophthalmie des nouveau-nés, si ce n'était cette chassie ténue par où débute l'affection, c'est aussi cette aversion pour la lumière qu'on observe en premier lieu chez ces malades. Il faut bien le reconnaître cependant, ces deux cas souvent s'offrent sans aucun symptôme ni de réaction, ni d'inflammation de la rétine ou de la sclérotique.

Plusieurs considérations d'un ordre différent, que nous comprenons facilement comme arguments opposés aux diverses théories que nous venons d'esquisser sur le siége et la nature de cette dispo-

sition morbide, prendront plus loin leur place, en même temps qu'elles nous serviront à établir notre manière de voir à cet égard. Examinons auparavant la signification qu'ont chacun des nerfs qui entrent dans la composition de l'œil; ensuite nous verrons quelles conséquences on en peut tirer.

Des nerfs de l'œil.

Nous diviserons ces nerfs en trois sections : 1° en nerfs sensoriaux; 2° en nerfs moteurs de l'iris; et 3° en nerfs sous l'influence desquels se fait la nutrition de l'organe.

A. *Nerfs sensoriaux.* — L'altération des fonctions visuelles coïncide si constamment et si régulièrement avec les lésions des nerfs optiques, qu'on doit croire, de cette seule observation mille et mille fois reproduite et prouvée, dont on retrouve des exemples dans tous les livres, que c'est lui, le nerf optique, qui nous fait voir qu'en lui réside spécialement le sens de la vue.

Nous croyons inutile d'insister sur ce point de physiologie, au sujet duquel tout le monde est d'accord.

B. *Nerfs moteurs de l'iris.* — Ces nerfs viennent directement du ganglion ophthalmique formé par l'une des divisions du moteur oculaire commun (troisième paire cérébrale), par plusieurs petits filets qui se détachent du plexus carotidien, immédiatement au-dessus des filets qui, de ce plexus, se rendent à la lame interne de la rétine, et enfin par quelques rameaux de la branche nasale, subdivision du nerf ophthalmique.

Ces rameaux, partis de trois sources distinctes et réunis en un seul faisceau, établissent une solidarité d'action, une liaison intime, un rapport sympathique entre les centres nerveux cérébral et ganglionnaire, et ont, en outre, pour effet de lier entre eux les organes des sens et d'entretenir une réaction mutuelle d'une haute importance pour l'exécution des fonctions inhérentes à chacun d'eux en particulier.

Quelques physiologistes ont fait dériver les mouvements de l'iris du nerf de la cinquième paire. Si telle était vraiment l'action de ce nerf, nous ne verrions pas alors pourquoi les poissons, chez lesquels on ne remarque plus de mouvements de l'iris, offriraient, relativement à la distribution du nerf trijumeau, la même disposition anatomique qu'on retrouve dans les mammifères, les oiseaux et les reptiles.

Nous ne comprendrions pas davantage pourquoi ce nerf changerait

trouble dans l'innervation de la glande lacrymale continue son action et passe aux parties internes de l'œil, qu'arrivera-t-il? supersécrétion également des autres humeurs de cet organe, humeur aqueuse, humeur vitrée; et comme ces diverses sécrétions n'auront point d'issue, ne pourront plus s'épandre au-dehors comme le fluide lacrymal, il devra s'en suivre des symptômes d'étranglement qui tardent peu à se manifester. C'est en effet ce qui arrive.

La photophobie et la douleur qui toujours l'accompagne (sans tenir compte de l'effet intérieur produit) ne sont donc évidemment ici que l'expression d'une maladie essentielle du nerf de la cinquième paire.

Quelle que soit du reste la cause de ce trop plein de l'œil, cette disposition anormale doit ou exciter les parties à s'enflammer, ou exaspérer la phlegmasie si elle existe. De cette proposition, que nous allons également reprendre plus loin, il résulte que l'on doit naturellement rencontrer la photophobie plutôt avec telles formes d'ophthalmie qu'avec telles autres, etc., savoir, presque immédiatement lorsque les parties profondes sont envahies : disons la rétine, la sclérotique, etc. Néanmoins, si l'une des membranes superficielles, la conjonctive par exemple, était enflammée, et que l'inflammation dépassât certaines limites, bientôt ses propriétés vitales exaltées s'exprimeraient pareillement pour elle, comme pour les autres régions de l'œil, par une douleur très-vive et l'impossibilité de supporter la lumière.

La photophobie, que nous venons d'établir comme la continuation de l'inflammation, peut aussi débuter d'emblée lorsqu'une cause quelconque agit directement sur les branches nerveuses qui représentent la vitalité des membranes oculaires. Prenons un fait pratique pour bien préciser notre pensée : qu'une parcelle métallique vienne s'implanter dans la cornée, la conséquence sera de la douleur, un larmoiement considérable et l'impossibilité de supporter le jour. Dans ce cas il n'y avait pas de congestion préexistante : l'action de ce corps aura donc spécialement porté sur les nerfs de la conjonctive, qui se trouveront dérangés dans leurs fonctions, troublés, exaltés par sa présence (1).

D'après cette manière d'envisager la question, la photophobie ne serait, en définitive, qu'un symptôme se greffant sur toutes les ophthalmies, quels que fussent les tissus affectés, lorsqu'elles atteindraient

(1) Les nerfs de la conjonctive oculaire émanent, comme ceux de la glande et de la caroncule lacrymales, de la première branche de la cinquième paire.

un degré donné d'intensité, en d'autres termes, lorsque seraient mises en jeu les propriétés vitales des membranes malades ; ou elle pourrait apparaître spontanément, si ces mêmes propriétés étaient isolément et primitivement excitées. Quant à son point de départ, il relèverait en premier lieu d'une altération dans les fonctions du nerf de la cinquième paire, que nous considérons comme le représentant des propriétés vitales de l'ensemble oculaire.

Je viens de parler de l'apparition et de la non-apparition de la photophobie dans la conjonctivite ; continuons cette citation : Dans l'ophthalmie rhumatismo-scrofuleuse, la plupart des auteurs s'accordent à regarder ce symptôme comme pathognomonique. M. Sichel nie cette proposition facile à réfuter, prétend-il, car « si l'on observe un individu atteint de la conjonctivite scrofuleuse la plus marquée, mais non accompagnée de sclérotite, on trouvera que le malade expose l'œil ou ses yeux affectés aux rayons directs de la lumière la plus vive, naturelle ou artificielle, avec toute la facilité et la même fixité que pourraient le faire des personnes bien portantes : ce n'est que quand la sclérotique s'enflamme que la photophobie survient et devient très-violente, plus violente même chez les individus lymphatiques que chez d'autres sujets, à cause de leur excessive sensibilité. » Cette divergence d'opinions ne tiendrait-elle pas aux subdivisions admises par les uns et non reconnues par les autres dans l'étude de l'ophthalmie scrofuleuse? Ainsi, dans le premier degré et lorsque cette phlegmasie est légère, il n'y a pas de photophobie, il est vrai ; les vaisseaux lymphatiques et veineux sont seuls affectés : il ne pouvait et il ne devait pas y en avoir ; mais que la maladie avance et s'aggrave, la vie de l'organe sera menacée : les parties nerveuses de cet organe, desquelles dépend la mission conservatrice, entreront en action, et finalement se développera ce symptôme dont nous cherchons à éclairer l'ordre et les règles d'apparition.

Nous arrêterons du reste, relativement à cette ophthalmie spéciale, qu'il peut y avoir des conjonctivites isolées, c'est-à-dire que la conjonctive est susceptible de s'enflammer sans que la sclérotique participe à l'inflammation, mais que la sclérotique ne peut jamais être seule compromise sans que les membranes contiguës, sinon celles profondes, au moins celles qui sont superposées, ne soient ou n'aient été envahies. Lors donc que la sclérotique prend part aux désordres morbides, et qu'apparait la photophobie, c'est que la maladie est d'un degré plus avancé et que l'on est arrivé au jalon où se trouble l'appareil nerveux de la conjonctive. C'est à cette période, à ce second degré,

que correspondent l'inflammation adhésive de J. Hunter et l'épiphlogose de Lobstein.

La choroïde, dominée qu'elle est par son réseau vasculaire sanguin, devait plutôt s'enflammer que ressentir de prime abord les effets de l'exaltation de ses propriétés vitales. Aussi l'intolérance pour la lumière n'est-elle qu'un des caractères tardifs et secondaires de la choroïdite : nous disons secondaire; nous ajoutons constant toutefois, lorsque cette ophthalmie est positivement confirmée, reconnaissant comme juste cette remarque de M. Rognetta : « que cette phlegmasie accompagne, à des degrés variables, toutes les ophthalmies photophobiques (page 864). Ce praticien traduit ce phénomène à sa manière; nous l'expliquons, nous, en ce que cette membrane, comme telle autre que ce soit de la région oculaire, subit l'influence de la cinquième paire.

(La suite à un prochain numéro.)

DE L'INFLUENCE DES DIATHÈSES GÉNÉRALES DANS LES MALADIES OCULAIRES ;

Par le docteur A. Guépin, professeur à l'École de médecine de Nantes.

Premier article.

L'œil, qui est le miroir de l'âme, est aussi, dans bien des circonstances, le miroir de l'économie.

PROLÉGOMÈNES.

Oculistique française à la fin du dernier siècle. — Les préoccupations révolutionnaires n'ont pas nui à ses progrès. — Influence de Bichat et de Broussais. — Comment Broussais envisageait ses travaux personnels. — Services réels qu'il a rendus à l'oculistique. — Notre critérium médical. — Ce que c'est qu'une diathèse.

Moins imprégnée que les autres parties de la science des idées du temps, l'oculistique avait pris en France, à la fin du dernier siècle, le rang honorable qui convient à cette importante spécialité. Brisseau (de Tournay), St-Yves, Maître-Jan, avaient eu pour successeurs Daviel, le *réinventeur* de l'opération de la cataracte par extraction, dont les nombreux succès obtinrent si rapidement une réputation européenne, Poyet, Morand, Lafaye, dont les *Mémoires de l'Académie de chirurgie* nous ont conservé les titres ; Guérin et Janin, ces deux rivaux qui ont laissé de si grands souvenirs dans la cité lyonnaise ;

Deshais-Gendron, Pellier de Quengsy, Gleyze, Demours et bien d'autres encore. Les diverses parties de l'œil et ses différents tissus avaient été étudiés avec un soin qui faisait pressentir les découvertes de notre siècle. Des hommes étrangers à la médecine avaient même pris part à la partie psychologique de l'œuvre : ainsi Diderot, l'encyclopédiste, Diderot, si remarquable comme écrivain par sa verve et son érudition, si respectable comme philosophe par la pureté de ses intentions et son dévouement à l'humanité, s'était préoccupé du sort des aveugles et de l'importance du sens de la vue, dans un travail qui n'est pas assez connu, malgré son grand mérite philosophique et littéraire. Tel était l'état des choses lorsque survint notre révolution. Ne serait-on pas tenté de croire, au premier abord, qu'elle entrava les progrès de l'oculistique en appelant tous les médecins et chirurgiens aux ambulances, comme elle appelait aux armées tous les hommes valides? Sans doute il y eut un temps d'arrêt dans les travaux ophtalmographiques ; mais quoi de plus propre à encourager l'art médical et les spécialités qu'il renferme, que la création de ces nombreuses écoles de toute espèce qui devaient vivifier l'intelligence du pays? Quoi de plus favorable à notre art, si souvent conspué et méprisé dans les médecins, dans les pharmaciens et les chirurgiens surtout, que cet immortel décret de l'an III, qui ramena la médecine à son unité première en réunissant sur les médailles des prix de l'École pratique les portraits de Jean Fernel et d'Ambroise Paré?

Le mouvement philosophique qui avait produit 89, ce mouvement dont la Convention et l'Empire n'ont été que les instruments politiques, ne pouvait laisser la science dans le *statu quo*. Déviée depuis longtemps de la méthode hippocratique, la médecine y fut brusquement rappelée par les travaux de Bichat et de Broussais. Pour qui étudie superficiellement les auteurs en vogue, ces deux grands maîtres seraient des esprits purement révolutionnaires, faisant dater de leurs œuvres une ère nouvelle, enfant mort-né d'un organisme absolu, d'une médecine anatomique qui voudrait disséquer avec le scalpel ou mesurer au millimètre toutes les affections du corps humain. D'autres, non moins entiers dans leurs prétentions, veulent continuer leur école sans se rattacher aux traditions de notre art. Au lieu de greffer les découvertes de savants justement vénérés sur l'arbre hippocratique, ne se sont-ils pas efforcés de mériter la critique sévère des hommes qui savent concilier la science moderne avec la science du passé, en niant les constitutions médicales, les intoxications miasmatiques, le virus syphilitique, et en

dépassant très-souvent et de beaucoup ces grands maîtres par des exagérations insoutenables.

A la fin de l'une de ces séances où Broussais devenait admirable quand il avait été piqué au vif par une controverse incisive, il nous souvient de l'avoir entendu laisser tomber quelques paroles que notre mémoire recueillit avidement : « Jeunes gens, » disait-il au petit nombre d'étudiants qui l'entouraient en ce moment, « les relations qui rattachent notre art à la philosophie seraient bien faciles à démontrer, surtout lorsque la physiologie devient de plus en plus chaque jour le fondement de la philosophie. Pourquoi donc les croyances médicales, si longtemps basées sur l'ontologie, seraient-elles plus éternelles et plus immuables que les croyances d'un autre ordre ? La médecine doit subir la loi commune aux sciences théologiques et psychologiques dans l'établissement, le développement et la propagation de sa foi, dans l'avènement du doute, dans le persiflage, le déclin, la mort même des idées qui la veille dominaient encore. Quand le règne d'une idée s'achève, on voit cesser d'abord cette exaltation, tantôt passionnée, tantôt calme, qui lui donnait la vie et la conduisait à son entier développement. Bientôt la croyance à cette idée, la foi qu'elle réclame, le respect qu'elle prétend imposer, et qu'on lui accorde encore à demi, ne sont plus qu'une habitude : le doute arrive enfin ; il saisit l'ontologie corps à corps, il lui demande sa raison d'être et de continuer d'exister ; vigoureux comme tout ce qui est jeune, il déploie dans la lutte des ressources infinies. Forte des vieilles routines et des traditions, la pensée du passé se relève et menace ; mais c'est en vain : le doute a pour lui des faits nouveaux que les vieilles doctrines n'expliquent pas et l'arme si puissante de la satire et du ridicule. Tantôt il combat avec une logique serrée ; tantôt il habille les anciennes doctrines de toutes les couleurs disparates qu'elles peuvent avoir, et finit par leur demander l'impossible en les priant chapeau bas d'expliquer les faits qui les débordent. »

Après cette éloquente application aux doctrines médicales du célèbre article de Geoffroy, sur la fin des dogmes, Broussais passa rapidement en revue ses nombreux travaux et les services qu'il a rendus à la science. « Il semble, dit-il, que nous ayons eu mission de résumer dans notre vie médicale tous les actes principaux d'une révolution. Enfant de l'ontologie, nous avons commencé par ajouter une fièvre hectique à celles qui existaient avant nous ; plus tard, placé sur un grand théâtre, face à face avec les faits, nous nous sommes demandé s'il fallait croire à ce que nous avions cru devoir enseigner encore, à

ce que nous avions reçu par voie d'enseignement, et pratiquer enfin près des malades ce que nous avions toujours vu faire et fait nous-même. De là les recherches qui ont donné naissance à notre premier ouvrage.

« N'est-ce pas nous aussi qui avons enseigné que le plus grand nombre des hommes périt par une inflammation qui détruit avec plus ou moins de promptitude un ou plusieurs viscères essentiels à l'économie ; proposition si simple, quoique si longtemps méconnue ? N'est ce pas nous qui, dans nos *Phlegmasies chroniques*, avons appris à mettre en rapport les phénomènes de la maladie et les altérations cadavériques, en disant avec cette énergie de paroles si souvent critiquée : *Les cadavres ne sont muets que pour ceux qui ne savent pas les interroger* ? N'est-ce pas nous qui avons remplacé l'ontologie médicale par l'exposé des faits scientifiquement décrits, et rattaché les phénomènes de la vitalité aux différents systèmes organiques, en disant : Chaque tissu a une action particulière ; cette action est susceptible d'aberrations dont la connaissance constitue toute la pathologie ? »

Broussais, malgré l'éloquence de sa parole et la vérité de ses assertions prises une à une, n'avait cependant pas raison d'une manière complète. Les croyances médicales avaient besoin d'être agrandies ; le *credo* de la science réclamait quelques propositions nouvelles ; mais ce serait une grave erreur de penser qu'aucune des vérités qu'il a démontrées puisse annuler ce que l'expérience du passé nous avait donné de rationnel et de positif. Un système peut remplacer un système, une philosophie peut remplacer une autre philosophie ; mais la science est une chaîne de vérités à laquelle les novateurs ne font qu'ajouter de nouveaux anneaux sans briser ceux qui existent.

Nous devons rendre cette justice au professeur du Val-de-Grâce, que les études faites depuis 25 ans, depuis 15 ans surtout, sur les kératites aiguës et chroniques, les conjonctivites oculaires et palpébrales, sur l'inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse, les iritis, la rétinite et la choroïdite, sont la conséquence logique de ses travaux ; ce qui prouve que la France servait puissamment les intérêts de la spécialité oculaire alors même qu'elle semblait l'oublier davantage, et nous faisons ainsi la part légitime à son influence. Mais nous ne saurions accepter que toutes les altérations de fonctions se traduisent nécessairement en altérations anatomiques, et nous ne voulons en aucune façon nous mettre à la remorque d'une

doctrine aussi étroite que celle de l'anatomisme exclusif, lorsqu'il est si facile de compléter la science du passé avec les vérités découvertes par Bichat et Broussais, lorsque l'on peut faire rentrer toutes leurs études dans la doctrine hippocratique, de manière à rattacher ainsi les traditions de la médecine à ce que l'on appelle à tort la révolution médicale du commencement du siècle, sans tomber toutefois dans cet éclectisme de certains hommes qui n'est autre chose que la négation de la science véritable.

Il devient nécessaire maintenant, avant de passer outre, avant surtout d'analyser et de critiquer la pensée d'autrui, de faire un acte de foi médical; le nôtre est implicitement compris dans ce qui précède. Nous reconnaissons que, par le professeur du Val-de-Grâce, le vitalisme s'est assis sur les bases solides de l'anatomie et de la physiologie; mais le désir de tout ramener à l'unité n'a-t-il pas poussé trop loin le novateur et surtout ses disciples? Ceux-ci, nous ne saurions trop le répéter, n'ont-ils pas nié les empoisonnements miasmatiques qui produisent les fièvres intermittentes et tant d'autres affections graves; n'ont-ils pas méconnu les vices du sang, les vices originels héréditairement transmis? Richon n'a-t-il pas nié le virus syphilitique. Aujourd'hui même encore, après les nombreux travaux des quinze dernières années, ne voyons-nous pas un illustre professeur retrancher les scrofules du cadre nosologique? L'école de Paris, à notre sens, est souvent plongée trop avant dans les eaux-mères de la doctrine dite physiologique; ce qui empêche un grand nombre de ses membres de comprendre toute l'importance de l'étude des diathèses. Si l'économie tout entière est imprégnée d'un vice particulier capable de modifier l'état général de l'individu, le même organe, l'iris par exemple, pourra par suite aberrer dans ses fonctions sous l'influence du virus vénérien qui modifie si profondément l'être entier, sous l'influence de l'état chlorotique dont il est généralement si facile d'apprécier les effets généraux et particuliers, sous l'influence des états rhumatismal, goutteux, scrofuleux, etc

Dire maintenant qu'il y a une iritis scrofuleuse, une iritis rhumatismale, une iritis syphilitique, c'est peut-être faire usage de mauvaises dénominations; mais elles ont l'avantage d'attacher une grande importance aux diathèses qui peuvent modifier les symptômes, la marche, la durée, la terminaison de l'iritis, sa résistance à tel ou tel agent thérapeutique, sa curabilité plus facile par tel ou tel autre. Cette manière de voir se résume en quelques principes que voici:

L'homme physique et l'homme intellectuel sont le produit de deux facteurs : la nature et l'éducation. Par nature, nous entendons la force initiale que possède l'enfant naissant avec ses prédispositions de toute espèce ; par éducation, l'action des stimulants extérieurs sans exception.

La physiologie nous enseigne les diverses fonctions accomplies par l'homme en bonne santé et la manière dont chaque organe à l'état normal remplit sa mission. La pathologie nous apprend les déviations de fonctions, chez l'homme, de plusieurs ou d'une seule partie de son être. Les déviations de fonctions d'un organe d'un seul tissu, d'un liquide, peuvent tenir soit à une cause locale, soit à une cause générale, transmise ou non transmise par hérédité.

Employer les agents extérieurs de manière à ramener les parties souffrantes à l'état normal, telle est la mission de la thérapeutique.

Tenir compte des causes originelles ou acquises qui peuvent faire dévier l'action des tissus et des organes, ce n'est pas créer *des entités morbides factices*, ce n'est pas faire de l'ontologie. C'est au contraire compléter la doctrine physiologique, telle que Broussais l'exposait en 1821 dans son *Examen des doctrines*, en la réunissant avec la médecine hippocratique.

Reconnaître que chaque constitution médicale imprime son cachet aux maladies régnantes, c'est encore accorder aux agents extérieurs ce qui leur est dû, sans dépasser la limite tracée par les faits.

Nous avions pour but, dans ce qui précède, de faire connaître la filiation des doctrines d'un grand nombre de pathologistes par un historique très-loyal des faits du mouvement médical qui s'est accompli en France, et en partie sous nos yeux, depuis le commencement du siècle. Nous voulions encore montrer d'une manière nette et précise notre point de vue. Cette partie de notre tâche étant accomplie, nous arrivons à l'étude des diathèses.

Nous ne nous arrêterons point à définir ce qu'il faut entendre par l'expression *diathèse*, l'exposé des faits valant mieux, en pareille circonstance, que toute définition.

Voici un individu qui a travaillé dans une fabrique de plomb à giboyer, dans une fabrique d'oxyde de plomb, ou dans une fabrique de céruse. Il est atteint de coliques atroces ; les déjections alvines ne se font plus ; les purgatifs ordinaires ne peuvent triompher de la constipation, tant elle est opiniâtre ; le liséré qui se montre lorsqu'il

ouvre les lèvres est un signe de plus joint encore à ceux que nous venons d'énumérer. Voilà la diathèse saturnine avec le cortége de ses premiers symptômes. Évidemment il y a empoisonnement général. L'économie tout entière est infectée d'un principe qui modifie ses fonctions, sans qu'il y ait rien d'appréciable dans les tissus déviés de leur rôlephysiologique. Par des purgatifs, des émétiques, des boissons acides et des bains qui poussent à la transpiration, vous éliminez le plomb qui se trouve dans l'économie : tout aussitôt la santé reparaît, les tissus reviennent à leurs fonctions habituelles, et ces fonctions s'exercent physiologiquement.

Une diathèse générale serait donc, si l'on se bornait à ce seul exemple, une sorte d'intoxication générale produite par un principe morbifique ou modificateur de nos organes, introduit dans l'économie.

Dans la diathèse mercurielle, nous trouvons des faits exactement parallèles, mais d'un autre ordre. Le modificateur est aussi un corps étranger introduit dans l'économie ; et tandis que nous ignorons encore, pour le plomb, de quelle manière s'exerce son action malfaisante, nous savons, pour le mercure, qu'il rend le sang moins coagulable en agissant sur son élément fibrineux.

Remarquons en passant les points de contact qui existent entre les diathèses malfaisantes (car il en peut exister d'utiles) et les empoisonnements, ou plutôt reconnaissons que ces diathèses dont nous venons de parler ne sont, comme bien d'autres, que la conséquence d'empoisonnements véritables.

La diathèse syphilitique présente des faits d'un autre ordre. Produite par un virus particulier, elle se manifeste par une série de symptômes spéciaux et caractéristiques : elle est inoculable ; elle peut être héréditairement transmissible.

Et le nombre des médecins qui la nient se trouve aujourd'hui réduit presqu'à zéro ; mais il s'en faut que tous les virus soient susceptibles de produire des diathèses appréciables. Si nous admettons le virus rabique, nous devons admettre aussi que la diathèse qui succéderait à une morsure d'animal enragé reste complètement à l'état larvé jusqu'au développement de la rage.

D'autres diathèses peuvent être produites par des causes d'une autre nature. Des syphilitiques dont la constitution est altérée sans qu'il y paraisse, se marient, et leurs enfants sont scrofuleux.

Des parents scrofuleux donnent naissance à des enfants doués de la même constitution, ou encore des enfants naturellement lympha-

tiques sont élevés dans des lieux humides privés d'air, de lumière, de soleil, et ne tardent pas à devenir scrofuleux. Certes, nous ne dirons point qu'il existe un virus scrofuleux ; mais nous ne pouvons nier que, chez certains individus, l'économie ne soit altérée profondément, de manière à donner naissance à une série d'accidents toujours les mêmes, et qui servent à caractériser les êtres que nous nommons scrofuleux.

Résumer ce qui précède en une définition plus ou moins exacte, dire, par exemple : une diathèse générale est un état général de l'économie avec ou sans aberrations physiologiques des organes, avec ou sans altérations appréciables des tissus, produit par une cause externe vénéneuse, par un virus ou par une cause d'un autre ordre (la chlorose par exemple), susceptible parfois de rester longtemps à l'état larvé, parfois aussi de se transmettre héréditairement, ce n'est point avancer la question, et nous passons outre. Il vaut beaucoup mieux, à notre sens, décrire immédiatement et successivement les diverses diathèses qui jouent le principal rôle en pathologie oculaire. Toutefois, puisque nous avons parlé en premier lieu de la diathèse saturnine, nous allons continuer l'étude des modifications importantes produites par le plomb dans nos organes.

DIATHÈSE SATURNINE.

Moyens d'étude à Nantes des maladies saturnines. — Colique de plomb. — Accidents secondaires ; étude de Dupley (1832). — Remarques sur les assertions de Carron. — Opinion de Furnari. — Opinion de Tanquerel-Desplanches. — Enseignements fournis par les faits. — Paralysie du système moteur de l'œil. — Mydriase saturnine.

Nantes possède deux fabriques de plomb à giboyer, deux fabriques de céruse, deux d'oxyde de plomb, une de poteries vernies au plomb, et plusieurs autres établissements dans lesquels on manipule encore le plomb fondu ; aussi les affections saturnines y sont-elles extrêmement nombreuses.

Chef de service des salles 12, 12 bis et 13 à l'Hôtel-Dieu de cette ville, j'y reçois une bonne partie des femmes empoisonnées par ce métal, et depuis treize ans je n'ai pas manqué de m'enquérir de tous les faits d'amaurose saturnine qui pouvaient être étrangers à ma pratique. Ces conditions d'instruction bien établies, nous diviserons les désordres produits par le plomb en deux séries. Dans la première, nous classerons la colique de plomb seule ; dans la seconde, les paralysies, l'épilepsie.

Les accidents de cette seconde série sont les seuls qui doivent nous occuper ici. Rarement primitifs, nous les avons bien rencontrés quelquefois à la première affection saturnine ; mais, en général, cette affection avait été contractée dans des circonstances particulières. Atteinte d'une légère entérite, la femme d'un patron des douanes, nommé Nicolas, fait de la limonade au citron dans un vase vernissé au plomb, et bientôt se manifestent, avec les coliques, la constipation, la paralysie des nerfs moteurs et celle des nerfs du toucher ; puis les autres sens perdent aussi leur activité.

Laissant de côté maintenant les accidents secondaires (qu'on nous passe l'expression) étrangers à l'organe de la vue, nous arrivons à la spécialité qui nous occupe.

L'amaurose, la mydriase, la paralysie du système moteur de l'œil, voilà les faits qui doivent surtout nous occuper dans cette étude. Peu versé dans la littérature médicale étrangère, nous ignorons ce que l'Angleterre, l'Allemagne, la Hollande (où l'on fabrique beaucoup de céruse) et l'Italie ont pu donner à la science sur cette intéressante question ; et c'est en vain que nous avons fouillé dans les ouvrages de notre pays pour y trouver d'abondants matériaux. Le seul mémoire *ex professo*, digne d'être cité, qui ait passé sous nos yeux, c'est celui que le docteur Duplay a publié en 1832 dans les *Archives générales de Médecine*. Assimilant la colique de plomb aux coliques nerveuses, il dit qu'elle peut, comme ces dernières, produire l'amaurose d'une manière brusque et instantanée. « Cette amaurose « se montre ordinairement après plusieurs atteintes ; cependant elle « peut accompagner la première. Chez la plupart des malades « frappés d'amaurose saturnine, il y a généralement d'autres trou- « bles dans l'innervation : la pupille est immobile et très-dilatée ; la « turgescence des vaisseaux de la conjonctive, indiquée par Weller, « manque très-souvent : l'amaurose saturnine supprime la vision « avec une effrayante rapidité ; mais la durée généralement courte « varie entre quelques heures et plusieurs mois. Le terme moyen « semble être de cinq à six jours. Le nombre des récidives ne « semble pas influer sur la gravité de l'amaurose. Presque toujours « le traitement opposé aux coliques saturnines guérit aussi la « névrose oculaire qui les complique. Cependant, s'il n'en était pas « ainsi, l'on devrait agir énergiquement contre l'amaurose. »

Parcourons maintenant les principaux ouvrages spéciaux publiés en France depuis le travail de Duplay, que nous venons de résumer en quelques lignes. Le *Manuel pratique d'Ophthalmologie* de Stoeber

se tait sur l'amaurose saturnine. Lawrence et son traducteur Billard n'en disent pas un mot. Nous n'avons rien remarqué sur ce sujet dans Sichel (*Traité de l'Ophthalmie, de l'Amaurose*, etc.), peu de chose dans Carron. Ce dernier admet une amaurose saturnine et une amaurose produite par les vapeurs de mercure; mais nous ne saurions accepter les lignes suivantes comme une méthode à suivre (*Guide prat.*, pag. 523, tome II) : « La paralysie saturnine ainsi que « l'iléus doivent être attaqués, selon l'indication, par les antiphlo- « gistiques, ou le traitement de la Charité, que M. Gendrin a rem- « placé en beaucoup de circonstances, et avec de grands avantages, « par l'usage de la limonade sulfurique concentrée. C'est en me di- « rigeant d'après ces indications, que, dans l'amaurose saturnine, je « soumets les malades à des bains généraux et à des douches d'hy- « drosulfure de potasse dissous dans l'eau avec excès d'acide. »

Le docteur Carron nous permettra de lui faire observer que tous les malades atteints d'amaurose saturnine sont des manœuvres qui vont aux hospices aussitôt qu'on leur parle de bains. Nous ajouterons encore que les douches d'hydrosulfure de potasse dissous dans un excès d'acide sulfurique ne sont autre chose qu'une solution acide de sulfate de potasse et d'acide sulfhydrique, deux substances dont l'une est complètement inerte dans le traitement des maladies saturnines, et dont l'autre est plus nuisible qu'utile, en ce qu'elle recouvre le corps d'une couche grise de sulfure de plomb qui semble entraver les fonctions de la peau et ne se détache qu'avec peine.

Furnari, dans son *Traité pratique des Maladies des yeux*, envisage cette question d'une manière plus complète. Il a vu 3 amauroses saturnines : l'une était à l'état d'amblyopie avant l'intoxication saturnine. Il ne dit pas les moyens qu'il a employés pour les guérir; il se borne à dire qu'ils furent très-énergiques. Il rapporte ensuite les deux cas suivants, guéris par la méthode du docteur James Alderson (p. 225) :

Obs. I.—E... C..., âgée de 25 ans, travaillait au plomb depuis sept ou huit ans, sans avoir jamais été atteinte de paralysie. Il y a environ six semaines, elle s'aperçut que ses mains se paralysaient, environ trois semaines avant l'affaiblissement de la vue. En ce moment l'amaurose est complète : les pupilles sont un peu dilatées. Les jambes sont également paralysées; mais la malade ne peut dire depuis quelle époque. (4 grammes de sulfate de magnésie avec deux gouttes de laudanum dans 30 grammes d'infusion de roses, toutes les 4 heures; 5 décigrammes de poudre d'ipécacuanha le soir; friction

avec un liniment stimulant sur le cou et le long de l'épine : alimentation substantielle.

Pendant trois semaines, ce traitement fut employé sans aucune amélioration dans la vue, bien que la paralysie des membres diminuât notablement. On appliqua alors un bandage qui fermait exactement les yeux et qui fut gardé le jour et la nuit. — Le 14 février, amélioration notable. (Quinine à l'intérieur.) La malade distingue les objets, mais confusément. — Le 18 février, elle peut lire de gros caractères ; peu de temps après, guérison complète.

Obs. II. — Élisabeth Dyson, âgée de 18 ans, avait une amaurose complète et une paralysie des mains : elle dit avoir travaillé neuf mois au plomb et avoir eu plusieurs fois la colique, qui céda toujours à l'administration du castoréum. Un bandage fut appliqué comme dans le cas précédent, et maintenu exactement jour et nuit. — Le 24 juin, la vision est un peu revenue ; il y a aussi de l'amendement dans la paralysie. — Le 8 juillet, la guérison est complète.

(*A continuer.*)

STRABISME GUÉRI PAR LE DÉPLACEMENT ACCIDENTEL DE LA PUPILLE ; ANESTHÉSIE DE L'IRIS ET MYOPIE OBSERVÉES SUR LE MÊME MALADE ;

Par le docteur Tavignot, de Paris, ex-chirurgien interne des hôpitaux de Paris, et chef de clinique des maladies des yeux, à la Pitié.

Obs. — La nommé Olivia Armand, rue de l'Arcade, 13, à Paris, âgée de 17 ans, d'une constitution faible, peu développée pour son âge, offrant tous les caractères du tempérament lympatique, fut atteinte, en juin 1842, de la rougeole. A dater de ce moment, ses yeux, qui jusque-là n'avaient pas été malades, devinrent le siége d'une inflammation aiguë qui revêtit bientôt tous les caractères de l'ophthalmie scrofuleuse. L'œil gauche fut affecté le premier ; puis ce fut le tour de l'œil droit : la maladie était toujours plus intense d'un côté que de l'autre, et elle alternait ainsi d'une manière désespérante. En définitive, c'est l'œil gauche qui est resté malade le dernier, et c'est pour lui que nous avons été consulté l'an dernier, après 18 mois d'un traitement antérieur. Il existait de ce côté une kératite éruptive qui se termina par une ulcération située à la partie supé-

rieure et interne du limbe de la cornée. Cette ulcération fut suivie de perforation, et l'iris vint s'engager à travers l'ouverture cornéale et y contracter des adhérences. Nonobstant ce fâcheux accident, nous sommes parvenu à faire cesser l'état aigu, à l'aide d'émissions sanguines locales peu abondantes, mais répétées plusieurs fois, de purgatifs administrés deux ou trois fois par semaine, d'emménagogues employés pour faciliter l'éruption des règles qui jusque-là étaient irrégulières et incomplètes. En employant également les collyres au nitrate d'argent, au sulfate de zinc, au chlorure de sodium ; en cautérisant de temps en temps les paupières avec un crayon de sulfate de cuivre, et en prescrivant des frictions d'onguent napolitain et d'extrait de belladone, nous avons triomphé de l'opiniâtreté de cette ophthalmie scrofuleuse, et rendu à la malade, non pas une vue excellente, mais du moins une vue suffisante pour lui permettre de se livrer aux travaux ordinaires aux personnes de son sexe. Voici les faits les plus intéressants de cette observation, et qui lui donnent, en quelque sorte, un cachet toutparticu lier.

Dès son enfance, Mlle Olivia était affectée d'un double strabisme convergent, plus prononcé cependant du côté droit. Cette difformité aurait engagé ses parents à la faire opérer, sans l'état morbide de ses yeux. L'œil le plus dévié, contrairement à ce qui a lieu dans la plupart des cas, n'était pas sensiblement plus faible que l'autre, et la malade m'a assuré très-positivement qu'elle avait plusieurs fois, avant sa maladie, essayé de lire de l'œil droit, le gauche étant fermé, et qu'elle y parvenait facilement aux distances ordinaires, sans éprouver la moindre difficulté. Ce renseignement paraît exact, car pendant que l'œil gauche était recouvert d'un bandeau, mademoiselle Olivia s'amusait souvent, malgré notre défense, à lire de l'œil droit ; ce qu'elle faisait sans difficulté et sans être obligée de rapprocher le livre des yeux comme le font les personnes myopes.

Aujourd'hui, 16 octobre 1845, c'est-à-dire plus de 15 mois après que la guérison définitive a été obtenue, voici ce que nous observons :

Les deux yeux ont leurs axes parallèles, ils se dirigent également bien dans tous les sens ; en un mot, il n'existe plus aucune trace du strabisme dont nous avons parlé. — Les paupières s'ouvrent et se ferment avec la plus grande facilité et volontairement. Les yeux n'accusent plus de sensibilité à la lumière ; seulement, ils deviennent larmoyants sous l'influence d'un travail un peu continu, principalement à la lumière artificielle. A gauche, la cornée est parfaitement trans-

parente, à l'exception du point précédemment indiqué, et qui a été envahi par l'ulcère perforant. Il existe là un leucoma demi-transparent, derrière lequel on aperçoit la teinte noire de l'iris adhérent. La pupille est nécessairement déformée, sa forme nouvelle est elliptique et dirigée obliquement de haut en bas et de dedans en dehors. L'iris se dilate et se contracte comme dans l'état normal ; seulement il arrive quelquefois, lorsque la lumière est très-vive, que la contraction est portée au point de faire disparaître complètement l'ouverture pupillaire. Sauf cette circonstance, la malade se sert parfaitement bien de cet œil, elle lit distinctement des caractères, même assez fins, à la distance d'un pied, 18 pouces, et même au delà. Elle n'est pas cependant presbyte, car elle peut lire également à une distance plus rapprochée : en un mot, l'état fonctionnel de cet œil est très-satisfaisant ; mais ce n'est pas pourtant l'état normal, car les objets un peu éloignés ne sont perçus que très-confusément.

A droite, la cornée est diaphane, et sa surface est douée de la sensibilité normale ; le volume du globe oculaire est semblable à celui du côté gauche. La pupille est régulièrement arrondie, parfaitement contractile dans les cas ordinaires, et lorsqu'on examine simultanément les deux yeux ; mais quand on vient à fermer l'œil gauche, on s'aperçoit bientôt que la pupille de l'œil droit, après avoir oscillé pendant quelque temps, s'agrandit de plus en plus, et finit par rester immobile dans un état de dilatation assez prononcée, mais non exagérée. Cette mydriase persiste ensuite, quelle que soit la quantité de lumière qui arrive sur l'œil droit, tant que l'on a soin de fermer le gauche et de ne pas exercer de frictions avec la paupière supérieure sur sa cornée ; mais elle est remplacée tout aussitôt par une contraction énergique, dès que la lumière peut arriver sur l'œil gauche. Lorsque la malade se sert en même temps de ses deux yeux, il n'est guère possible de savoir la part que prend chacun d'eux à l'exercice de la vision ; car alors elle peut lire très-couramment, et elle n'est ni myope ni presbyte. Mais lorsqu'elle essaye de lire avec l'œil droit, le gauche étant fermé, il n'en est plus de même : elle est obligée de rapprocher le livre très-près de sa figure, et la myopie est alors des plus évidentes et des mieux prononcées. J'ajouterai qu'elle distingue même peu aisément les caractères malgré ce rapprochement, et qu'à la distance d'un pied, tout devient confus et embrouillé.

Pensant que cet état de myopie pourrait bien dépendre exclusivement de la dilatation pupillaire, j'ai placé devant l'œil de la malade

une carte percée d'un petit trou arrondi à sa partie centrale, et je l'ai engagée à lire à travers cette ouverture. J'ai observé que la vision était plus nette, plus distincte, la myopie moins prononcée ; mais néanmoins il restait toujours un certain embarras que l'on ne rencontre pas du côté opposé.

Ce fait nous a paru offrir plusieurs circonstances insolites qu'il nous reste à apprécier. Je ne parlerai pas de la hernie de l'iris qui persiste et laisse fonctionner la pupille déformée ; c'est là un cas ordinaire. Mais le côté le plus intéressant de cette observation est sans contredit : 1° le strabisme qui disparaît sous l'influence d'un état pathologique des yeux; 2° cet état pathologique lui-même, assez mal défini, qui a pour caractère la myopie et la mydriase.

Nous sommes assez porté à admettre que ces phénomènes, complexes dans leur ensemble, ont entre eux un enchaînement régulier lorsqu'on les examine dans leurs détails. Ainsi, nous croyons que la guérison du strabisme a eu lieu parce que le déplacement de la pupille qui s'est opéré en haut et en dedans a modifié les rapports qui existaient antérieurement entre les axes des deux yeux ; l'œil gauche a dû dès lors se porter forcément un peu en dehors pour diriger vers les objets la nouvelle pupille, et cela d'autant plus forcément que, cet œil étant le meilleur, la malade s'en servait plus volontiers. Cette déviation de l'œil gauche en dehors, devenue habituelle, a produit, en quelque sorte, une espèce de strabisme divergent qui a fini par *équilibrer* le strabisme convergent de l'œil droit, en rétablissant de cette manière le parallélisme des deux axes oculaires.

Mais il reste encore à nous rendre compte de la myopie : il est incontestable qu'elle existe ici avec tous ses caractères ; cependant il ne nous paraît guère possible de la rattacher à un état particulier des humeurs de l'œil, ou à une convexité exagérée de la cornée, car on ne peut rien constater de semblable. Nous pensons qu'elle dépend à la fois d'un affaiblissement de la sensibilité de la rétine et de la dilatation exagérée de la pupille : d'un affaiblissement de la sensibilité de la rétine, puisque le rétablissement de l'ouverture pupillaire, par le moyen d'une carte perforée, ne remédie qu'incomplètement à la myopie et à la faiblesse de la vue; de la mydriase, puisque la malade lit moins bien avec son œil seul, qu'avec son œil regardant à travers une sorte de pupille artificielle.

Quoi qu'il en soit de cette interprétation, la difficulté n'est que reculée, et il reste toujours à s'expliquer cette mydriase survenue dans les circonstances que nous avons mentionnées. Cette mydriase, ainsi

que nous l'avons vu, n'est qu'accidentelle, et elle n'existe qu'autant que l'œil gauche est soustrait à l'action de la lumière. Il est donc évident que l'œil droit est dépourvu de la faculté de faire contracter sa propre pupille sous l'influence de la lumière, et qu'il a besoin, pour cela, du concours de l'œil gauche. Or, il nous reste à connaître, pour élucider la question, quel est l'agent de cette action réflexe. Ce ne peut être évidemment que le nerf optique ou le nerf de la cinquième paire.

Or, si c'est le nerf optique du côté gauche qui transmet à la troisième paire du côté droit l'incitation qui fait contracter la pupille, on peut se demander comment il se fait que le même nerf optique du côté droit soit impropre à produire ce résultat, puisque l'état de la rétine atteste assez qu'il n'est pas paralysé, lorsque, dans les cas ordinaires, un seul œil se suffit à lui-même pour produire la contraction de la pupille sous l'influence de la lumière. En supposant, au contraire, qu'il existe dans les nerfs ciliaires sensitifs du côté droit une sorte de paralysie locale, on explique d'une manière plus satisfaisante l'intervention obligée, pour déterminer la contraction de l'iris, de la portion ciliaire de la cinquième paire du côté opposé. Il est vrai que, dans cette hypothèse, il faut admettre que l'excitation produite par la lumière sur l'œil agit sur la cinquième paire de nerfs et non sur le nerf optique, en ce qui regarde du moins la contraction de l'iris, et que c'est la cinquième paire qui transmet à la troisième le mouvement contractile qui se manifeste ensuite; mais nous regardons cette manière de voir comme très-voisine de la vérité, et nous avons déjà exposé les arguments que l'on pouvait invoquer en sa faveur. (*L'Expérience*, 1844. — *De l'action de la cinquième paire sur l'iris.*)

Il en est bien réellement ainsi; et si dans notre cas particulier, l'iris d'un côté est resté *directement* insensible à l'action de la lumière, parce qu'il existe de ce côté une anesthésie des nerfs ciliaires, il devient plus facile de s'expliquer la production de cet état singulier.

On sait, en effet, que les yeux de mademoiselle Olivia ont été pendant 18 mois atteints d'ophthalmies scrofuleuses qui ont offert des récidives fréquentes et de nombreuses alternatives de mieux et de pis. Dans ces circonstances, il est facile de concevoir que les filets nerveux ciliaires qui se répandent dans la texture de tissus plus ou moins altérés par l'inflammation, aient pu participer à l'état pathologique qui aura modifié leur vitalité. De plus, il a existé simultané-

ment de la douleur dans les deux yeux et de la photophobie, ce qui permet aisément de concevoir qu'il ait pu se développer, pendant le laps de temps qu'a duré la maladie, un état névralgique des nerfs ciliaires du côté droit, dont la paralysie aurait été la conséquence. Et cette paralysie suffit aujourd'hui, dans notre opinion, pour rendre compte de la mydriase et de l'affaiblissement de la vue. (Voy. *Gazette des Hôpitaux*, 1845. — *De l'action de la cinquième paire sur la rétine.*)

Si toutes ces considérations ne constituent pas une démonstration, elles s'en rapprochent du moins assez pour fixer l'attention de tous ceux qui cherchent à se rendre compte de ce qu'ils observent.

NOTE SUR UN CAS DE CORECTOPIE (PUPILLE EXCENTRIQUE CONGÉNITALE), OBSERVÉ A LA CLINIQUE DE M. CUNIER;

Par le docteur C. NOEGGERATH, ancien médecin-adjoint de l'Institut ophthalmique de Bruxelles, directeur de l'Établissement hydropathique de Rolandseck, près de Bonn (Prusse), etc.

La littérature médicale n'a enregistré jusqu'à ce jour que fort peu d'observations de *corectopie* ou pupille excentrique congénitale. C'est ce qui m'a engagé à recueillir le fait suivant, qui s'est présenté à la clinique de M. Cunier, pendant le séjour que je viens de faire à Bruxelles.

OBS. — Elisabeth Van den Brulle, non mariée, âgée de 42 ans, tempérament lymphatico-sanguin, cheveux châtains, demeurant rue du Rossignol, n° 27, à Bruxelles, exerce la profession de lavandière à la journée. C'est une fille grande, maigre; sa tête est petite, déprimée sur les côtés et à la partie postérieure; le front est rond, proéminent. Elle n'avait jamais eu d'autre maladie que la rougeole, lorsque, il y a sept ans, en nettoyant un appartement, la brosse dont elle se servait s'étant séparée du manche, lui est tombée sur l'œil gauche et a occasionné la blessure de cet organe, qui s'est fondu et atrophié à la suite de vives souffrances qui ont duré plusieurs semaines. Depuis deux ans, elle a ressenti, à diverses reprises, des douleurs rhumatismales dont la cause doit être rapportée à la nature de son travail habituel. Elle a toujours été régulièrement menstruée; mais tout annonce que la ménopause ne tardera pas à survenir.

Elle a été affectée, il y a six mois, d'une ophthalmie rhumatismale de l'œil droit, qui a cédé à une application de sangsues au siége, aux purgatifs, et à la teinture de colchique. Cette affection a récidivé dans les premiers jours de janvier 1846, et c'est pendant qu'elle venait de nouveau réclamer des soins à l'Institut ophthalmique, que M. Cunier a appelé mon attention sur le phénomène que présente l'œil droit, le seul qui reste à la malade.

Cet œil est gros, proéminent; mais la pupille, au lieu d'occuper le centre de l'iris, est située en haut et en dehors, à une ligne environ du grand bord, comme dans le cas où une procidence irienne est la suite d'une blessure ou d'une ulcération perforante de la cornée. Cette pupille est petite, de moins de 1 ligne de diamètre, irrégulièrement ronde, un peu tirée vers le bas et le dedans. L'iris, gris dans les deux tiers de son étendue, est d'un bleu pâle dans l'autre tiers; ses fibres figurent de petits triangles dont la base correspond au grand cercle et le sommet à l'ouverture pupillaire.

L'œil est affecté d'un peu de nystagme pendant lequel il se manifeste dans l'iris un mouvement oscillatoire très-prononcé, qui, à une grande lumière, imprime à l'œil un aspect chatoyant.— La pupille ne réagit nullement à la lumière; l'instillation de la belladone n'a point changé ses proportions.

Toujours la malade a eu une vue peu étendue, avant comme après avoir perdu l'œil gauche. De l'œil qui subsiste, elle ne distingue nettement que les objets rapprochés et assez volumineux; lorsqu'on lui présente une page imprimée en caractères d'impression ordinaires, elle voit bien les lignes noires, mais nullement la séparation des lettres. Elle n'a jamais pu faire cette distinction que pour le titre des livres; mais cette faculté a diminué considérablement depuis quelques années, et notamment depuis l'ophthalmie rhumatismale dont elle a souffert il y a six mois. Les verres concaves, comme les verres convexes, nuisent à la netteté de la vision.

De tout temps, elle a difficilement reconnu les figures. Les objets, quelque volumineux qu'ils soient, lui apparaissent confus à la distance de 5 ou 6 pieds, et toujours *dansant*, selon son expression. Dans la rue, elle a continuellement eu la sensation de lignes ondoyantes, éclatantes, augmentant sa difficulté visuelle. Le plus ordinairement, ces lignes sont étincelantes à leurs terminaisons, et la photophobie force alors la malade à fermer les paupières. La vue d'étincelles se manifeste surtout lorsque la vision s'exerce sur des

objets blancs, comme du linge; elle n'a pas notablement augmenté depuis l'affection rhumatismale.

Les renseignements que j'ai pris sur la famille de la fille Van den Brulle m'ont appris que son père a vécu jusqu'à l'âge de 79 ans, et sa mère jusqu'à celui de 75; tous les deux ont joui jusqu'à leur mort d'une bonne vue. Le grand'père et la grand'mère paternels sont décédés fort vieux, jouissant encore de l'intégrité de la fonction visuelle : il en a été de même du grand père maternel ; mais la femme de celui-ci n'a jamais eu une bonne vue.

Le frère d'Élisabeth a les pupilles situées à près de 1 ligne au-dessous du centre irien et vers le dedans ; elles sont irrégulièrement rondes, et réagissent naturellement à l'exposition à la lumière. Cet homme est ouvrier au chemin de fer, et sa vue est normale.

— M. le docteur Eisenmach s'est longuement étendu sur le vice congénital dont je viens de rapporter un exemple, (voir sa *Dissertatio inauguralis sistens observationem Irideremiae partialis, neconnon vis vitae maternae in conformationem foetus humani*, 1838); il l'a désigné sous le nom de *Pupilla excentrica*. Deux observations de cette difformité ont été rapportées, l'une par le docteur Schwarz, de Fulda (*Schmidt's Jahrbücher*, Bd. XXXVII, Heft. 3, S. 327), l'autre par le docteur Ritter, de Rottenburg (*V. Walther's u. v. Ammon's Journal für Chirurgie u. Augenheilkunde*, Neue Folge, Bd. II, St. 4, S. 482). M. d'Ammon (*Klinische Darstellungen der Krankheiten u. Missbildungen des menschlichen Auges*, Bd. III, Tab. IX) a donné la figure de plusieurs cas de situation excentrique congénitale de la pupille : une seule de ces figures (fig. XVII) représente un état analogue à celui de la fille Van den Brulle ; mais la pupille n'est pas aussi portée en haut et en dehors que chez cette dernière. M. d'Ammon fait remarquer que la situation en dehors est la plus rare : il n'en a vu que deux cas (figures XVII et XVIII); elle a été, dans presque tous les cas, observée dans le segment interne, et plus fréquemment en haut qu'en bas.

La corectopie a été aussi observée par M. Rau, de Berne; mais les faits de MM. Schwarz et Ritter sont les seuls qui aient jusqu'à ce jour été rapportés avec détail. Mes recherches dans les registres de l'Institut ophthalmique de Bruxelles m'ont montré que cette affection congénitale a été observée trois fois seulement, sur un total de près de 8,000 malades : deux fois elle accompagnait la microphthalmie. Un corectopique, le nommé Van Slote, âgé de 40 ans, a été opéré de la cata-

racte par M. Cunier. Il est à regretter que les renseignements relatifs à ce dernier malade manquent presque complètement.

Voici, en resumé, les deux faits produits par MM. Schwarz et Ritter :

Le sujet de l'observation de M. Schwarz était un nommé Pierre Ernst, âgé de 28 ans ; les pupilles étaient situées dans le segment interne, vers le bord supérieur. Celle du côté droit était un peu plus grande à une lumière modérée ; à une lumière intense, la pupille gauche se contractait au point de ne pouvoir plus être distinguée. La vision était plus restreinte à droite.—Le malade était musicien : il lisait la musique à la distance de quinze pouces ; pour les caractères d'impression, il ne les distinguait qu'en les approchant fortement des yeux, comme cela a lieu dans la myopie prononcée.— Il avait deux sœurs, l'une de 16, l'autre de 21 ans, qui présentaient le même phénomène de situation anormale des pupilles : à droite, cette ouverture était placée en haut et en dedans comme chez le frère ; à gauche, elle était située en bas et en dedans. Une troisième sœur avait les yeux bien conformés : un frère de 14 ans était myope. — Toute cette famille avait les iris bruns : il n'y avait strabisme chez aucun de ses membres.

Pierre Ernst et ses deux sœurs y voyaient mieux vers le soir et à une lumière modérée. La myopie, chez ces deux dernières, était prononcée au point de ne leur permettre que de grossiers travaux d'aiguille et des occupations de ménage.

M. Schwarz a noté chez Pierre Ernst « un flottement particulier « de la rétine (*Flottiren der Retina*), ou plutôt un éclat brillant ana- « logue au jeu d'une opale. Quant à la nature de cet éclat, il dit « ignorer s'il est dû à l'oscillation de l'iris, du cristallin, de la cris- « talloïde, ou de toute autre partie. »

Lorsque ce malade regardait devant lui sans fixer un objet, il voyait des lignes serpentantes, à mouvements très-rapides. Depuis un certain temps apparaissait devant ses yeux un anneau aux couleurs de l'arc-en-ciel ; à partir de cette manifestation, la vue avait progressivement baissé. Les lunettes n'aidaient nullement à la netteté de la vision.

Pierre Ernst, son frère et ses sœurs, jouissaient d'une santé parfaite. Leur père, âgé de 60 ans, avait les yeux bien conformés ; leur mère, qui avait l'âge de 58 ans, aux iris bruns, était aveugle depuis 6 ans : elle était arthritique et glaucômateuse. Ses pupilles n'offraient rien d'anormal.

C'est sur un enfant de 10 ans, présentant un habitus scrofuleux très-prononcé, que M. Ritter a observé la situation anormale de la pupille. Cet enfant avait la tête un peu déprimée aux régions temporales; l'occiput et la partie postérieure des pariétaux proéminaient. Les yeux étaient écartés l'un de l'autre ; les cils longs, les paupières clignotantes. Des deux côtés, la pupille s'ouvrait vers le bord interne et supérieur; à droite, une partie en était masquée par la paupière supérieure; à gauche, elle était placée moins vers le dedans et recouverte à moitié par la paupière supérieure.

Ces pupilles exécutaient quelques mouvements de contraction et de dilatation ; on remarquait une oscillation notable des iris.

L'œil gauche était amaurotique. De l'œil droit, les lettres moyennes étaient distinguées à la distance de 5 pouces.

Le frère et le père de cet enfant avaient les pupilles situées un peu en dehors du centre de l'iris. Les yeux de la mère ne présentaient rien d'anormal.

Je crois inutile de faire ressortir la parfaite analogie qui existe entre mon observation et celles de MM. Schwarz et Ritter, tant sous le rapport *objectif* que sous le rapport *subjectif*.

On n'aura pas manqué de remarquer que chez les malades de MM. Schwarz et Ritter, la corectopie était héréditaire. Il est possible qu'il en ait été de même dans la famille Van den Brulle, et que la grand'mère maternelle ait été affectée du même vice de conformation.

M. d'Ammon (*loc. cit.*, p. 36) est le seul qui se soit livré à l'examen anatomique d'un œil présentant le phénomène de la pupille excentrique. Chez un enfant qui avait la pupille située en bas et en dedans, il a trouvé la cornée ovalaire, manquant d'*annulus foetalis*, l'iris brun, la sclérotique mince, le cristallin et le corps vitré à l'état normal ; la cristalloïde antérieure, présentant quelques points opaques, était rapprochée de l'uvée jusqu'à la toucher. Le péristoma de Doellinger existait, parfaitement formé. La tache jaune de la rétine était oblongue et les plis très-prononcés ; il n'existait point de *foramen centrale*. L'uvée était très-foncée, la pupille très-petite, à bords unis. La région des procès ciliaires était plutôt longue que ronde (1). M. d'Ammon a donné (*loc. cit.*, pl. IX, fig. 22) la figure de ces détails anatomiques.

On n'a pas, jusqu'ici, expliqué d'une manière convenable la for-

(1) Mehr länglich als rund war die Gegend der Ciliarfortsätze.

mation de la corectopie. D'après M. d'Ammon, « il y aurait à la fois arrêt de développement et direction pathologique ; il fonde son opinion sur ce que l'iris n'existe pas à l'époque première du développement de l'œil, et n'apparait qu'après la fermeture de la fente de la choroïde et après le développement des procès ciliaires. C'est d'abord un cercle bleuâtre, étroit, dont le segment extérieur est plus large. Cette particularité paraît être due à ce que le *nisus formativus* est moins prononcé vers le point d'union avec la fente choroïdale que dans les autres parties périphériques du corps ciliaire. C'est probablement par la même raison que, même dans l'iris bien conformé, le segment inférieur est plus étroit, et que la pupille n'occupe pas exactement le centre de cette membrane. Cette disposition formative dépasse-t-elle la norme, elle prend une direction pathologique, et la corectopie est engendrée, souvent compliquée de dyscorie et de polycorie. Il semble que la dyscorie (pupille irrégulière) dépend d'un trouble dans la formation du cercle de l'iris, trouble qui entraîne la formation anormale du parenchyme de la membrane ; ce qui influe sur la forme que prend la pupille. »

NOTICE SUR LES TRAVAUX OCULISTIQUES DE LA SEPTIÈME RÉUNION DES SAVANTS ITALIENS, TENUE A NAPLES, EN 1845.

Galvanisme dans l'amaurose. — Iodure de potassium et cautérisation temporaire dans la cataracte.

C'est à Naples qu'a été tenue, en 1845, la session du congrès scientifique italien. Deux notes oculistiques y ont été lues, l'une par M. Finella, l'autre par M. Paleotti.

Celle de M. Finella est relative à trois cas d'amaurose guéris par le galvanisme. Nous avons déjà parlé (vol. XIII, p. 276) des recherches de l'auteur sur ce genre de thérapeutique. Des trois faits qu'il produit, et de ceux connus, M. Finella conclut : 1) que l'application du galvanisme dans l'amaurose est efficace ; 2) que le pôle *négatif* est plus avantageux que le *positif* ; 3) que quelque grande que soit l'intensité du courant, le pôle négatif ne détermine ni opacité, ni aucune autre altération de la cornée ; il ne détermine également aucun accident du côté du cerveau ; 4) que pour ce qui est du larmoiement, il faut en tirer un bon augure, car il indique un reste de sensibilité de la rétine.

La lecture de M. Finella a donné lieu à une discussion à laquelle ont pris part MM. Melilotti, Conte et Paleotti, etc. Le premier s'est attaché à faire ressortir les bons effets de l'émétique dans le traitement de l'amaurose, pour autant qu'elle ne soit point complète ; le second a fait connaître des essais infructueux tentés avec l'électricité.

La note de M. Paleotti avait pour objet le traitement de la cataracte par l'usage interne de l'iodure de potassium et la cautérisation temporale par la pommade de Gondret. Il assure que ces moyens produisent souvent la guérison, et que dans tous les cas ils assurent en quelque sorte la réussite de l'opération, lorsque celle-ci est rendue nécessaire.

Une commission composée de MM. Quadri et de Horatiis a été nommée pour vérifier les assertions de M. Paleotti et faire un rapport sur sa communication au prochain congrès, qui s'assemblera à Gênes. La note de M. Finella sera également l'objet d'un rapport.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ESPAGNOLS.

Gaceta medica de Madrid.

Sur l'ophthalmie égyptienne. — Extrait d'un mémoire lu dans les sessions du corps de santé militaire ; par Don Matias Nieto Serrano, docteur en médecine et en chirurgie. — Nous avons annoncé cette lecture dans notre numéro d'octobre (vol. XIV, p. 189). — L'auteur débute par quelques considérations historiques sur l'ophthalmologie et les doctrines qui ont cours dans cette spécialité. Il parle ensuite de l'ophthalmie qui a régné dans l'armée française, pendant son séjour en Égypte, « maladie qui s'est propagée parmi les « troupes, a été communiquée des unes aux autres armées, et a fini « par constituer l'ophthalmie militaire de nos jours ; » il cite les noms de quelques auteurs qui se sont occupés de cette affection : « en Belgique, dit-il, elle a été l'objet d'innombrables écrits, entre « lesquels je citerai seulement ceux de Jüngken, Caffe, Cunier, Ma- « rinus, et surtout de Fallot et Varlez, qui, dans un mémoire érudit « et étendu, résument tout ce qui a été dit de meilleur sur ce sujet,

« et ont, à mon avis, résolu de la manière la plus satisfaisante la « plupart des questions qu'a fait naître ce point de science. » — Voilà qui dit assez que M. Nieto Serrano n'est pas au courant de ce qui a été publié chez nous pendant les dix dernières années. C'est parce qu'il n'a point lu les travaux de M. Fallot, postérieurs au mémoire qui lui est commun avec M. Varlez ; c'est parce qu'il n'a pas pris connaissance des recherches de MM. Gouzée, Decondé, Hairion, Loiseau, Lutens, Sotteau, Decaisne, Henrotay, etc., que notre confrère espagnol a passé sous silence la modification que subit la texture de la conjonctive palpébrale, modification qui joue sans contredit un rôle important dans l'ophthalmie militaire. — Il n'a pas connu davantage les écrits publiés par Eble, Werneck, MM. Piringer, Jaeger, etc., en Allemagne ; par MM. Kerst, Gobée, Snabilié, en Hollande ; par M. Florio, en Russie ; écrits qui mettent si bien en relief la valeur de la *granulation* conjonctivale, bien appréciée surtout depuis l'ouvrage d'Eble *sur la structure et les maladies de la conjonctive,* — dont on doit une traduction française à notre compatriote De Losen, — et traitée avec succès depuis que les médecins militaires belges en ont fixé la thérapeutique.

Dans un chapitre intitulé : *Classification*, l'auteur veut donner une idée des classifications de Beer et de son école, et de celles de l'école française, qu'il appelle *école de Velpeau.* M. Nieto se borne à reproduire les attaques de MM. Velpeau et Gerdy contre les classifications de l'école allemande (voir vol. XI, pp. 251 et 280, vol. XII, pp. 45 et 46 de nos *Annales*, la discussion de l'Académie royale de médecine de Paris.)

Le *diagnostic différentiel* n'est point publié; il est simplement dit que l'auteur est entré « dans diverses considérations sur les signes à l'aide desquels on peut distinguer l'ophthalmie égyptienne de l'ophthalmie blennorrhagique et de l'ophthalmie catarrhale simple. »

Le troisième chapitre traite de la *Nature de la maladie*. L'ophthalmie militaire n'a selon M. Nieto « d'autre cause de *spécialité* que de s'être engendrée en un climat et sous des conditions plus propres à la reproduire à un haut degré d'intensité et à la maintenir à l'état endémique. Toutes les affections qui se trouvent dans ce cas deviennent épidémiques et contagieuses dans des circonstances données, soit parce qu'elles augmentent d'intensité, soit parce que leur propagation à d'autres pays est facilitée. »

Il considère l'affection comme une variété de l'ophthalmie catarrhale ; sa cause réside « dans l'atmosphère, dans les variations de

température, et surtout dans les passages du chaud au froid ; son caractère est celui des inflammations catarrhales, et sa complication avec ces dernières est fréquente. C'est aux influences atmosphériques qu'il rapporte l'apparition de l'ophthalmie égyptienne parmi les troupes espagnoles réunies en Sarragosse, en 1825, dans les armées combinées, en 1840, et en d'autres occasions ; « ces influences ont « agi exclusivement sur ces armées, et se sont manifestées au degré « nécessaire pour produire la maladie, qui, une fois développée, a re- « vêtu un caractère contagieux, comme cela est arrivé dans plus « d'une circonstance. »

Vient ensuite un chapitre intitulé : *Des causes de la maladie* : il y est surtout traité de la nature contagieuse du mal. L'auteur n'a pas pris connaissance des productions de tous les écrivains dont il cite les noms, ce qui lui a fait commettre quelques erreurs. Ainsi, il fait de M. Jüngken un *anti-contagioniste*, un *compressioniste*. Il ne s'occupe point des divers modes de contagiosité, des circonstances qui en favorisent le développement.

Nous terminerons notre analyse par la reproduction du chapitre dans lequel l'auteur parle des ravages exercés en Espagne par l'ophthalmie militaire :

« *Ravages de la maladie en Espagne.*—C'est sur ce point que manquent principalement les données statistiques. Je regrette de n'avoir pas eu le temps nécessaire pour en rassembler le plus grand nombre possible. Néanmoins, on peut, dès à présent, donner l'assurance que l'ophthalmie *militaire* n'a pas exercé en Espagne, à beaucoup près, des ravages aussi étendus qu'en Egypte et en Belgique, et chez d'autres nations de l'Europe. En Belgique, surtout, il paraît, d'après M. Caffe, qu'en 1834, l'ophthalmie a atteint la huitième partie, et, dans quelques régiments, jusqu'à la moitié des soldats qui les composaient. — Depuis 1814 jusqu'en 1838, plus de 100,000 soldats en ont été affectés; beaucoup d'entre eux sont restés aveugles.

« Vers cette dernière époque, on comptait encore 500 malades dans une armée de 50,000 hommes, c'est-à-dire 10 pour cent.

« En Espagne, bien que le chiffre des malades ait été beaucoup moindre, (au moins d'après les renseignements qu'on a pu réunir), il y a eu dans quelques occasions des épidémies partielles d'ophthalmie qui ont envahi isolément des corps d'armée, qui offraient les symptômes et les caractères de l'ophthalmie égyptienne, et étaient contagieuses. C'est ce qui arriva dans les armées réunies en Catalogne en 1840 ; c'est ce qu'on a pu observer aussi dans les hôpitaux militaires de cette capitale. — Du reste, dans les époques normales, comme par exemple en 1845, on voit, par les états de mouvement des hôpitaux, que l'armée espagnole, forte alors de 80,000 hommes, comptait journellement une moyenne de 600 malades ophthalmiques ; et la garnison de Madrid a donné, d'après un calcul comparatif, basé sur les cadres d'existence des maladies d'yeux dans l'hôpital militaire, environ 1 pour 100 ; proportion, il

est vrai, fort modérée, d'autant plus qu'il doit être noté que la plupart de ces ophthalmies étaient vénériennes. On peut conclure de ce qui précède, que si, dans quelques circonstances, l'ophthalmie militaire s'est développée en Espagne dans quelque localité donnée, ce n'a pas été (au moins d'après les rapports dont j'ai pu prendre connaissance) sur une échelle considérable.

« Cependant, quelque petite que soit l'échelle sur laquelle le mal s'est produit, il est prudent et nécessaire d'en limiter les progrès ; nous devons, en outre, être sur nos gardes, dans le cas où ce fléau viendrait à prendre parmi nous de plus grandes proportions, et menacerait un jour de décimer les armées espagnoles, ainsi que cela a eu lieu dans les armées d'autres pays. »

Il est inutile, pensons-nous, de faire remarquer que les chiffres cités par M. Nieto, et relatifs à l'armée belge, sont exagérés ; nous avons, à diverses reprises, fait connaître la statistique officielle.

Le mémoire est terminé par l'exposition de la méthode curative ; elle n'est pas reproduite dans la *Gaceta* : il est dit tout simplement que l'auteur recommande la cautérisation avec le nitrate d'argent convenablement dissous. L'importance de la granulation fait du traitement de cette métamorphose conjonctivale le principal moyen de s'opposer au développement et à la propagation du mal ; nous avons dit plus haut que l'auteur a passé sous silence cet état de la conjonctive.

Boletin de Medicina, Cirujia y Farmacia, de Madrid.

Pupille artificielle à l'œil gauche ; guérison au dix-neuvième jour de l'opération ; par M. A. Saez, chirurgien des hôpitaux généraux de Madrid.— Un berger, âgé de 41 ans, de bonne constitution, tempérament sanguin, « à idiosyncrasie gastro-hépathique, » était aveugle depuis deux ans, lorsqu'en 1843 il a subi l'extraction de la cataracte aux deux yeux : le résultat ne fut pas favorable. — Entré le 14 juin 1845 dans le service de M. Saez, les pupilles étaient contractées et fermées par une membrane fine et blanche. L'état général était parfait. — Le 18, on administra du sel cathartique.

Le 19, la cornée de l'œil gauche ayant été ouverte avec le kératotôme, M. Saez introduisit l'aiguille « comme pour ouvrir la capsule. » La cristalloïde opaque adhérait à la partie postérieure de l'iris, faisait saillie à travers la pupille, et venait adhérer dans la chambre antérieure à la face externe de l'iris. — Il essaya d'extraire cette membrane à l'aide de pinces fines ; mais sa *ténuité* (*tenuidad*) était telle, qu'elle s'échappa de l'instrument et qu'il ne fut possible « ni de

l'extraire ni de la tordre. » Un crochet fut alors introduit pour l'enlever : cette tentative fut inutile. Il chercha, sans plus de succès, à la saisir avec des pinces et à l'exciser à l'aide de ciseaux.

Voyant l'inutilité de ces diverses tentatives, M. Saez pratiqua avec des ciseaux courbes sur le plat, dans la partie supérieure de l'iris, une incision s'étendant de l'ouverture pupillaire au grand cercle. Immédiatement les bords se rétractèrent, et il se forma une ouverture triangulaire dont la base correspondait à la pupille oblitérée. Afin d'éviter une occlusion, les fragments de la capsule furent rassemblés et placés à la partie inférieure de l'ouverture triangulaire (*entre le parte inferiore de la abertura triangular*). L'opéré vit immédiatement. — Une saignée fut pratiquée aussitôt, une diète, des soins convenables furent prescrits. Il ne survint aucun accident, et le dix-neuvième jour après l'opération, le malade quitta l'hôpital, jouissant d'une bonne vue (*buena vista*).

— M. Saez a fini par où il aurait dû commencer : l'iridotomie est, en effet, toujours indiquée dans les cas de la nature de celui auquel il avait affaire. Le procédé de Maunoir est alors celui qui fournit le plus beau résultat (1). L'iridotomie simple, telle que l'a pratiquée M. Saez, n'est pas toujours, malgré la sage précaution qu'il a prise (interposition d'un lambeau de capsule) couronnée de succès : il est fort heureux, dans le cas actuel, qu'après les nombreuses introductions d'instruments qui ont eu lieu, il ne soit pas survenu d'inflammation : bien certainement elle eût ruiné le résultat si difficilement acquis.

Extirpation d'un kyste pileux siégeant à la paupière supérieure droite; par M. José Aguilera, de Barcelone. — Le sujet de l'observation est un enfant de 21 mois. La tumeur était congénitale et sous-cutanée; par son volume, elle empêchait les mouvements de la paupière : la conjonctive était soulevée, enflammée, et formait autour de la cornée un anneau dur et épais, élevé de 2 à 3 lignes. M. Aguilera remarquant « une grande tendance à la dégénérescence cancéreuse, » conseilla l'extirpation, à laquelle il procéda. — Il lui fut impossible de ménager le kyste ; il en sortit une substance cérébriforme, au milieu de laquelle se trouvait un poil blanc, comme roulé sur lui-même, et ressemblant à un poil de sourcil.

(1) Voir l'observation publiée par l'oculiste de Genève, dans le Ve volume, pag. 17, de nos *Annales*, et son mémoire sur les causes qui font échouer l'opération de la cataracte par extraction (*Annales d'Oculistique*, 2e vol. supplémentaire).

L'auteur ne connaît pas d'exemple de l'affection qu'il a rencontrée. Nous renvoyons le lecteur à la *Note sur les kystes pileux des paupières*, que nous avons publiée dans ces *Annales* (vol. II, p. 162). On y lit que ces tumeurs ne sont pas rares chez les enfants et sont ordinairement congénitales. M. Lawrence (*London medical Gazette*, 1837, et *Treatise on the diseases of the Eye*, 2e éd., p. 136), M. Mackenzie (*Traité*, etc., p. 122), ont, comme nous, toujours rencontré plusieurs poils dans l'intérieur du kyste. Ces poils ressemblaient plutôt à ceux du sourcil qu'à ceux des cils. Les faits produits par les deux écrivains et par nous, celui du médecin espagnol, viennent confirmer les remarques de M. le professeur Kerst, d'Utrecht (*Annales d'Oculistique*, vol. XII, p. 41).

JOURNAUX ANGLAIS.

Dublin medical Press.

De l'ophthalmie des femmes en couches; par Robert Lee.— Après avoir rappelé les faits publiés en Angleterre par MM. Marshall Hall, Hingibotton, Arnott, et par lui-même, l'auteur rapporte deux nouvelles observations. Il regarde l'ophthalmie des femmes en couches comme le résultat de l'inflammation et de la suppuration des veines utérines. Le travail du médecin anglais est loin d'être aussi instructif et aussi concluant que les mémoires de MM. Canstatt et Szokalski, insérés dans ces *Annales* (tome III, page 157; tome VI, page 172).

Dr Bastings.

—

Guy's Hospital Reports.

Cas d'ossification et de déplacement de la lentille cristalline; par M. John France. — Les *Guy's Hospital Reports* n'étant pas à notre disposition, nous empruntons à la *Gazette médicale de Paris* (1846, no 4) l'analyse du fait suivant :

Obs. — Henri K., groom, âgé de 44 ans, avait reçu, il y a environ vingt-ans, un coup de brosse sur l'œil droit. Une violente inflammation en fut la suite,

et l'œil devint complètement amaurotique. Le malade ne subit depuis lors aucune nouvelle violence; mais un matin, en se levant, il observa pour la première fois dans son œil un corps blanc qui y causa, à partir de ce moment, une douleur continue et une inflammation revenant de temps en temps et à des degrés variables. Reçu trois mois après (le 17 mai 1845) à l'hôpital ophthalmique, son œil présentait une opacité à la partie inférieure externe de la cornée; au fond de la chambre antérieure, on voyait un corps opaque, oblong, de couleur de paille, qui occupait les 3/4 de cette cavité. C'était le cristallin, séparé de la cornée, en contact avec l'iris, laissant apercevoir au-dessus de son bord supérieur une partie de ce voile membraneux ainsi que de la pupille.— Le 10 mai, M. Morgan pratiqua l'extraction en incisant la partie inférieure externe de la cornée, et amena la lentille au-dehors à l'aide d'une curette. Tout se passa bien : l'incision se cicatrisa, la cornée reprit sa tension, et la chambre antérieure sa capacité normale. Le cristallin, examiné après l'opération, fut trouvé dur et calcaire dans la plus grande partie de son volume. Dépouillé de ses couches extérieures les plus molles, il faisait entendre un bruit sec lorsqu'on l'agitait dans une fiole vide. Le docteur Rees, qui l'analysa, le trouva composé de trois parties de carbonate et de phosphate de chaux et d'une partie de matière animale.

On trouve un fait analogue à celui qu'on vient de lire dans notre *Mémoire sur le déplacement spontané du cristallin* (obs. IV), inséré dans le premier volume de nos *Annales*, p. 76. Il est probable que chez le malade de M. France, le déplacement est survenu à la suite du coup reçu; le passage dans la chambre antérieure n'a eu lieu que plus tard. C'est ainsi qu'il en a été chez notre malade. M. France ne parle pas de la capsule; il faut en conclure que, comme dans le cas que nous avons fait connaître, elle entourait encore le cristallin : il en est toujours ainsi lorsque le cristallin déplacé résiste à l'absorption. Le fait suivant, par lequel M. France termine sa note, vient à l'appui de cette remarque, sur laquelle nous avons insisté dans notre mémoire précité :

Obs. — Un homme de 50 ans reçut, il y a quelques années, un coup qui sembla avoir déterminé le déplacement de la lentille cristalline, car depuis lors celle-ci traversa de temps en temps, et à plusieurs reprises, l'ouverture pupillaire, tantôt apparaissant dans la chambre antérieure, tantôt se retirant derrière l'iris. Ce changement de situation et la pression sur l'iris qui en résultait, déterminaient une douleur et une inflammation si fatigantes, que le malade se décida à se faire débarrasser par une opération de la cause qui entretenait ce désordre. Quand il se présenta à M. Morgan, l'œil offrait un aspect normal, sauf un corps opaque, de couleur de paille, immobile et adhérent, placé dans la chambre antérieure. L'extraction présenta quelques difficultés, à cause de l'adhérence avec la cornée. La lentille était principalement constituée par une substance semblable au mucus épaissi, et *renfermée dans une capsule un peu dure.*

JOURNAUX FINLANDAIS.

Finska Läkare-Sällskapets Handlingar.

Aconit et vin de colchique dans l'ophthalmie rhumatismale; par le docteur Imm. Ilmoni. — A l'occasion du compte-rendu de la clinique médicale de l'Université de l'empereur Alexandre, à Helsingfors, en Finlande, M. le professeur Ilmoni parle de l'administration de l'extrait d'aconit et du vin de colchique dans les ophthalmies rhumatismales. Leur administration simultanée, après qu'il a été fait usage pendant quelques jours des délayants, constitue, d'après le médecin finlandais, un véritable spécifique puur faire cesser les douleurs dans les cas où des dégénérescences se sont déjà manifestées.— Il a parfois adjoint le quinquina à l'aconit, à cause de l'état de faiblesse et d'atonie des malades.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Nuovo processo operativo per eseguire la blefaroplastica alla palpebra inferiore. (Nouveau procédé opératoire pour exécuter la blépharoplastie à la paupière inférieure); par le docteur Jean-Baptiste Cappelletti, médecin et chirurgien opérateur, et médecin de district à Trieste, membre de plusieurs Société savantes. Trieste, 1844, in-4°.

L'auteur, après avoir jeté un coup d'œil rapide sur l'histoire de la blépharoplastie, passe en revue les diverses modifications que l'on a successivement fait subir aux deux procédés principaux employés pour faire cette opération, dont l'un s'exécute, suivant ses expressions, par *transplantation cutanée*, et l'autre par *glissement* ou par *entraînement* (*per isdrucciolamento*). Il rappelle ensuite que le professeur Hysern y Moleras, de Madrid, recourut, dès 1829, à une méthode particulière à laquelle il donna le nom de *temporo-faciale*. Le but que se propose le chirurgien espagnol, ajoute M. Cappelletti, c'est de restituer à la paupière mutilée, non-seulement la portion de peau qui lui manque, mais encore des fibres musculaires aptes à la mettre régulièrement en mouvement. A l'exemple de Grossheim et de M. Velpeau, il forme, près de l'angle palpébral externe, dans la région temporale, un lambeau qui, outre la peau, possède encore du tissu cellulaire et une couche du muscle orbiculaire. M. le docteur

Laborie rapporte dans la *Gazette médicale de Paris* l'observation d'un cas de blépharoplastie pratiquée à la paupière supérieure par M. le professeur Blandin. La nouvelle paupière, d'après M. Laborie, récupéra tous ses mouvements, quoique l'orbiculaire et même nécessairement l'élévateur eussent été détruits. Le narrateur ne s'est pas contenté d'énoncer simplement ce résultat extraordinaire, mais il a encore cherché à l'expliquer clairement à l'aide d'une physiologie véritablement transcendante. « L'orbiculaire fut détruit, avoue-t-il, mais il fut remplacé par quelques fibres du muscle frontal détachées du front en même temps que le lambeau cutané. Ce petit nombre de fibres, quoiqu'elles eussent changé de direction et de position, ne perdirent cependant pas la faculté de se contracter. On conçoit (comprenne qui pourra, pourvu que je me comprenne moi) que, grâce à la nouvelle direction des fibres, elles peuvent être aptes à relever la nouvelle paupière. »

Mais, par Dieu ! s'écrie M. Cappelletti, comment peut-on jamais admettre, sans renoncer à son bon sens, que quelques fibres musculaires, transportées d'un lieu à un autre, changées dans leur direction, puissent se contracter et mettre en mouvement la paupière de nouvelle formation ! Aussi ne fut-il pas peu surpris, en lisant l'ouvrage récent de M. le professeur Serre, de Montpellier (1), de voir que ce chirurgien distingué donne la préférence à la méthode de Hysern sur celle de Fricke, parce que, au moyen de la première, la paupière récupère ses mouvements. De semblables myoplasties ont, aux yeux de M. Cappelletti, quelque chose d'étrange, pour ne pas dire de puéril, et il cite à ce propos ce qu'a écrit le plus érudit des chirurgiens français, le célèbre Velpeau, *qu'il y aurait de la folie à croire qu'un lambeau purement tégumentaire remplacera jamais une paupière dont le muscle orbiculaire ou le cartilage tarse aurait été détruit* (1).

Aux méthodes de blépharoplastie *par glissement*, continue M. Cappelletti, appartiennent également celle du professeur Riberi, de Turin (injustement attribuée à Jones par Velpeau et Mackenzie, à Sanson, par le docteur Carron, et à Dieffenbach, par Baumgarten et d'Ammon), et celle pour la paupière supérieure, du professeur Jaeger, de Vienne.

(1) *Traité sur l'art de restaurer les difformités de la face*. Montpellier, 1842. (Voir *Ann. d'Ocul.*, 3e vol. suppl.)

(2) *Nouveaux Éléments de Médecine opératoire*. Ed. de Bruxelles, 1840, vol. I, pag. 222.

Mais comme ces deux méthodes ne sont praticables que dans le cas d'ectropion, il se borne à les indiquer.

D'après sa manière de voir et d'après son expérience, il croit devoir accorder la préférence à la seconde dès deux méthodes principales, c'est-à-dire à celle par glissement, *per isdrucciolamento*, sur la première, par transplantation cutanée.

En effet, en suivant la seconde méthode, on a, selon lui, les avantages suivants :

1° Le pédoncule du lambeau greffé n'est pas tordu, et par cette raison les vaisseaux et les nerfs qui y entretiennent la circulation et la vie ne souffrent aucune sorte de compression ;

2° La direction des vaisseaux sanguins n'éprouve aucun changement, comme cela arrive ordinairement quand on renverse le lambeau en haut ou en bas, dans les autres méthodes; ce qui, conformément aux seules lois mécaniques et hydrauliques, favorise le cours normal du sang ;

3° Finalement, le pédoncule est, en mettant en œuvre cette méthode, beaucoup plus étendu que dans les autres méthodes, et en conséquence le nombre des vaisseaux sanguins et des nerfs destinés à entretenir la circulation dans la paupière de nouvelle formation, sera nécessairement plus considérable.

Tels furent les principes qui, dans un cas récent de la pratique de M. Cappelletti, déterminèrent cet habile opérateur à modifier la blépharoplastie par glissement; modification qui, eu égard à l'utilité qu'elle peut présenter dans l'exercice de l'art, mérite d'être mise sous les yeux du lecteur avec l'observation qui s'y rapporte.

Madame Poppel, de Vienne, âgée d'environ 40 ans, d'une constitution délicate, vint consulter M. Cappelletti pour deux infirmités qui l'affligeaient beaucoup et qui l'avaient rendue difforme et rebutante à la vue. La première de ces infirmités était un ulcère cancéreux au nez, de la grandeur d'une pièce de cinq *cavantani*, et qu'un habile chirurgien de Vienne avait déclaré être un *noli me tangere*.

Ce chirurgien conseilla la pâte de Helmund, comme un remède souverain. Mais M. Cappelletti parvint en peu de temps, assure-t-il, à obtenir la guérison parfaite et radicale du cancer cutané, au moyen du cautère actuel ; de manière que, quelque temps après le traitement, on apercevait à peine sur la face une légère trace d'une si formidable affection.

Extrêmement encouragée par ce succès, cette dame voulut aussi être délivrée de la seconde et non moins grave infirmité qui avait

envahi la paupière inférieure de l'œil gauche. Quatre ans auparavant, elle avait dû se soumettre à une opération qui fut pratiquée par le professeur Rosas, pour un *trichiasis*, maladie dont elle ne fut cependant pas parfaitement guérie.

Voici l'état qu'elle présentait quand le chirurgien de Trieste la visita :

La paupière supérieure et le contour de l'œil se trouvaient dans l'état normal ; le bord libre de la paupière inférieure était ulcéré, tuméfié, irrégulier, bosselé et renversé en dehors. Ce bord avait perdu environ un tiers d'étendue dans son diamètre vertical et était entièrement dépourvu de cils : il était résistant au toucher, et le tarse était renversé en dehors, froncé et plus gonflé que dans l'état naturel. La conjonctive palpébrale était rouge et épaissie par infiltration de lymphe plastique dans le tissu cellulaire. Il y avait abondante sécrétion muqueuse et *épiphora*. Le bulbe, dans sa partie inférieure, était dépourvu de son voile naturel, et par conséquent exposé continuellement à l'action des agents extérieurs, qui y avaient occasionné une vive irritation. La conjonctive était rougeâtre et phlogosée, non-seulement dans sa portion scléroticale, mais encore dans celle qui revêt la cornée, en sorte que la malade voyait les objets comme à travers un léger brouillard.

D'après ce tableau phénoménologique, M. Cappelletti pensa qu'il s'agissait d'une affection squirrheuse de la paupière inférieure, dont la condition pathologique avait son siége dans les glandes de Méibomius, affection si bien décrite par Mackenzie sous le nom de *thilosis schirroïdeus*. Il trouva cette suppposition d'autant mieux fondée, que l'ulcère malin du nez avait précédé, chez cette dame, la maladie palpébrale.

Les indications thérapeutiques à remplir étaient au nombre de 2 : 1° retranchement ou ablation de tout le tissu cellulaire dégénéré ; 2° restauration de la paupière enlevée.

M. Cappelletti avait d'abord résolu de recourir à la méthode de Dieffenbach, quand il conçut l'idée de mettre en pratique un procédé opératoire différent, auquel il crut devoir donner la préférence dans le cas dont il s'agissait.

Il divise son procédé en trois temps :

1° Résection du lambeau cutané ;

2° Enlèvement de ce lambeau ;

3° Ablation de la paupière dégénérée.

Pour exécuter le premier temps, qui est le plus important, on doit s'y prendre de la manière suivante :

Le malade étant placé comme pour l'opération de la cataracte, la tête maintenue immobile contre la poitrine d'un aide, l'opérateur introduit entre la paupière à opérer et le bulbe, une plaque osseuse (celle qui a été ajoutée par Jaeger à l'élévateur de Pellier), qu'il fait tenir fixe, dans cette position, par le même aide. Ensuite, au moyen d'un bistouri convexe, il pratique, à partir de l'angle interne se dirigeant vers la joue, une incision verticale, d'une étendue d'un pouce environ.

Cette incision devra intéresser toute l'épaisseur de la paupière, seulement dans l'espace envahi par la dégénération morbide; au delà de celle-ci, on descendra, en appuyant la main plus légèrement sur l'instrument tranchant, avec la précaution de ne comprendre dans l'incision que la peau seulement et le tissu cellulaire sous-jacent. Cette précaution est de la plus grande importance, parce que, en opérant ainsi, on conserve la conjonctive palpébrale et les fibres de l'orbiculaire, ce qui constitue la condition *sine qua non* de cette espèce de blépharoplastie.

Pour faciliter l'opération, on pourra tracer avec de l'encre une ligne transversale qui indiquera la portion de paupière à enlever, et marquer aussi le point où, en descendant avec le bistouri, on cessera de comprendre dans l'incision toute l'épaisseur de la paupière. Dans le cas où la dégénération, non fort étendue, le permet, on tâchera d'éviter le point et le conduit lacrymaux.

Une seconde incision sera pratiquée à l'angle externe, et prolongée autant que la première devra descendre en bas, en se conformant aux préceptes sus-indiqués, savoir : d'y comprendre toute l'épaisseur jusqu'à l'endroit correspondant à la ligne transversale, puis de ne pas la faire pénétrer au delà de la peau et du tissu cellulaire sous-jacent.

Ayant alors renversé la paupière, on incise transversalement la conjonctive dans la direction correspondant à la ligne extérieure tracée avec de l'encre, et on sépare, au moyen de quelques coups de bistouri, du muscle orbiculaire, le lambeau quadrangulaire sous-jacent, jusqu'à l'extrémité inférieure des deux incisions verticales.

Dans le second temps, la plaque osseuse étant retirée, on relève le lambeau jusqu'à ce que la ligne tracée avec l'encre corresponde au bord libre de la paupière, et on l'assure dans cette position à l'aide de quelques points de suture. Il vaudra mieux que cette ligne soit un tant soit peu plus haute que le niveau naturel de la paupière, et cela à cause de la rétraction qui survient dans le lambeau après sa cicatrisation.

M. Cappelletti préfère, à l'extérieur, la suture entortillée, en se servant de deux ou de trois épingles à insectes ; tandis que, pour l'incision interne, il donne l'avantage à la suture simple à nœuds. La propriété dont est douée la peau de pouvoir changer de place, c'est-à-dire d'être entraînée d'un endroit à un autre qui lui est contigu, permet de relever facilement ce lambeau sans qu'il s'ensuive aucun tiraillement dans la joue correspondante.

Pour exécuter le troisième et dernier temps, il suffira d'introduire de nouveau la plaque de Jaeger entre le lambeau et le bulbe, et d'emporter, à l'aide du bistouri, la partie malade exubérante, en suivant la direction de la ligne tracée à l'encre.

Après avoir terminé cette dernière partie de l'opération, le chirurgien lui-même reste surpris de la régularité vraiment extraordinaire que prend la paupière de nouvelle formation.

Retournons maintenant à madame Poppel, sujet de l'observation.

Après avoir exécuté de la manière décrite la restauration de la paupière, M. Cappelletti fit appliquer, pendant les premières vingt-quatre heures, sur les parties affectées, des compresses trempées dans de l'eau glacée.

La réaction qui succéda fut fort légère. Les points de suture furent enlevés au quatrième jour, et la réunion par première intention eut lieu de la manière la plus satisfaisante.

Le succès obtenu est tel qu'on aurait de la peine à distinguer la paupière de nouvelle formation de la véritable, s'il y existait des cils. Ce résultat heureux fut constaté par MM. les docteurs Nicolich, Fettauer, Cumano, et par MM. les chirurgiens Pavani et Macovigh, qui voulurent bien examiner l'opérée.

M. Cappelletti se flatte que le nouveau procédé opératoire auquel il a eu recours trouvera une utile application pour la paupière inférieure, et spécialement dans les affections cancéreuses qui sont, à cette paupière, beaucoup plus fréquentes qu'à la supérieure. Il pourra être aussi employé dans le cas d'ectropion par brûlure, quand la cicatrice occupe de préférence le bord libre de la paupière sans s'étendre excessivement vers la joue. L'auteur l'estime alors plus sûr, quant à ses conséquences, que celui proposé par le professeur Riberi. Il offre en outre l'incontestable avantage que la nouvelle paupière est régulière et non tiraillée ; que la mortification n'est pas à craindre ; que la guérison est plus prompte, et qu'il ne reste chez l'opéré aucune cicatrice semblable à celles que l'on voit

ordinairement succéder aux autres méthodes ; on n'aperçoit presque aucune trace de l'opération pratiquée.

M. Cappelletti termine son intéressant mémoire en cherchant à défendre les chirurgiens italiens contemporains du reproche qui leur a été fait de n'avoir presque jamais pratiqué la blépharoplastie, malgré les exemples nombreux de cette opération faite avec succès en Allemagne, en France, en Angleterre et en Belgigue.

MM. d'Ammon et Baumgarten, dans leur *Traité de la Chirurgie plastique*, ouvrage couronné par la Société de médecine de Gand et publié dans les *Annales* de cette Société en 1843 et 1844, après avoir fait mention de deux observations de M. le professeur Paul Baroni, de Rome, s'expriment dans les termes suivants à la page 286 : « *Nous sommes heureux de pouvoir rapporter ces deux cas : dans ces derniers temps, la littérature italienne a été si pauvre, par rapport à cette branche de la chirurgie, qu'il doit nous être agréable d'y découvrir les moindres indices d'un progrès.* »

Cependant, observe M. Cappelletti, la blépharoplastie a été avantageusement modifiée, en 1836, par M. Riberi (1), professeur à Turin, dont l'importante découverte, relative à cette opération, lui a été contestée par les chirurgiens français (Sanson), par les Anglais (Jones), et par les Allemands (d'Ammon).

D'autres cas de blépharoplastie furent publiés, en 1837, par le docteur Rizzoli (2) ; par le docteur Pietro Sabattini, premier chirurgien d'Imola, en 1838 (3) ; par Giorgio Regnoli, professeur de clinique chirurgicale à Pise, dès l'année 1836 (4) ; par le docteur Ancarani, de Montefortino, en 1842 (5) ; par le docteur Corsini, d'Ascoli, et par le docteur Feliciani, de Rome, comme il conste de l'intéressant mémoire publié par ce dernier en 1843 (6) ; par le docteur Alessi, de Naples, en 1841 (7) ; et enfin par le professeur Riberi (8).

(1) *Trattato di Blefarottalmoterapia operativa del professore* Riberi. Torino, 1836, p. 12.

(2) *Operazioni chirurgiche fatte in Roma, del professore* Paolo Baroni, *descritte del dottore* Feliciani. Roma, 1837.

(3) *Cenno pratico dell' origine e progressi della Rinoplastica e Cheiloplastica*. Bologna, 1838, P. 7-8.

(4) *Giornale de' Letterati di Pisa*. Fascicolo di luglio e agosto 1836.

(5) *Bullettino di Bologna*. Fascicolo di agosto e settembre 1842.

(6) *Osservazioni intorno ad una memoria del professor* Ludovico Biagi. Roma, 1843.

(7) *Filiatre Sebezio*. Luglio 1841.

(8) *Giornale della Societa medica di Torino*. Vol. XIV, p, 275.

A ces faits, qui démontrent, selon nous, que l'on n'a pas toujours rendu justice aux chirurgiens italiens, nous ajouterons que l'infortuné professeur Ludovico Biagi, mort depuis peu à la fleur de son âge, *a heureusement pratiqué, jusqu'à cinq fois*, à Florence, la blépharoplastie : deux fois en 1841 et trois fois en 1843 (1), et que M. le docteur Salvatore Alessi, médecin-oculiste des Asiles des enfants à Naples, a publié dans un ouvrage (2) intitulé : *Sulle malattie degli occhi, Memoriali*, une monographie sur l'art de la blépharoplastie, dans laquelle se trouvent la description d'une observation qui lui est propre, concernant une opération de blépharoplastie faite avec succès (3), et la relation de deux cas de blépharoplastie pratiquée par M. le docteur De Lisio, de Naples (4), et par M. le docteur S. Vinci, de Catania (5).

ANT. RAIKEM,

Professeur ordinaire à la Faculté de médecine de l'Université de Liége, etc.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

RAU (Wilhelm).— *Die Krankheiten und Bildungsfehler der Regenbogenhaut.* Zweite Abtheilung, enthaltend : *Die Nerven-und Organisationskrankheiten.* Bern, 1846, Huber et Co, 8o.

(Cette deuxième partie, qui traite des *affections nerveuses et organiques*, complète la monographie des *Maladies et des vices de conformation de l'iris.* Nous rendrons compte de cet important ouvrage du savant professeur de Berne.)

HECKER (C. F. F.).—*Erfahrungen und Abhandlungen im Gebiete*

(1) *Prospetto dei casi più rimarchevoli avvenuti in due trimestri di Clinica chirurgica fatta del professore* Ludovico Biagi. Firenze, 1841. p. 7-8; et : *Di vari casi di Blepharo-plastica.* Memoria del prof. Ludovico Biagi. Firenze, 1843, pp. 14-20-22.

(2) I vol. in-8o de 355 pages.

(3) Pag. 200. Expérience 1re.— Union du bord ciliaire à la partie inférieure du sourcil.— Renversement de la conjonctive palpébrale supérieure qui était fort gonflée. — Ablation de la conjonctive. — Détachement du bord ciliaire. — Formation d'une nouvelle paupière.

Cette observation a été adressée, en 1841, sous forme de lettre, à M. le chevalier Paolo Assalini, ex-chirurgien du roi d'Italie Napoléon Bonaparte.

(4) Pag. 206. — Tumeur cancéreuse de l'angle interne des paupières de l'œil gauche, avec dénudation profonde du sinus lacrymal. — Blépharoplastie.

(5) Pag. 209. — Ectropion de la paupière supérieure droite par suite de brûlure. — Restauration au moyen de la blépharoplastie.

der Chirurgie und Augenheilkunde. Erlangen, 1845, F. Enke, grand 8°, pp. IV-162, avec 4 planches lithog.

(Ce livre ne nous est connu que par l'annonce qui vient d'en être faite ; nous ne savons pas quelles sont les matières oculistiques qui y sont traitées. L'auteur est professeur extraordinaire à l'Université de Fribourg.)

Blasius (Ernst). — *Lehrbuch der Akiurgie.* Für Lehrende als Grundlage zu Vorträgen, für Lernende zum Gebrauche bei Repetitionen bearbeitet. Deuxième édition. Halle, 1846, Ed. Anton, gr. 8°, pp. X-659.

(Le *Traité élémentaire d'Akiurgie* de M. Blasius, a obtenu un immense succès en Allemagne. La chirurgie oculaire prend une bonne partie du volume.)

Mensert (W.). — *Bijdragen tot de geschiedenis der Oogheelkunde, en wel betreffende den oculist Taylor en andere ambulante oogoperateurs, welke op onderscheidene tijden meer of minder lang in Nederland vertoefd hebben.* Amsterdam, 1846, Diderichs frères, 8°, pp. 56.

(Notes pour servir à l'histoire de l'ophthalmologie, et en particulier de l'oculiste Taylor et des autres oculistes ambulants qui, à diverses époques, ont séjourné pendant plus ou moins longtemps dans les Pays-Bas.— Nous rendrons compte de cette nouvelle publication de notre estimable et laborieux collaborateur hollandais.)

Lansz (Ferdinand).— *Szemmütetek, bölcsész és orvostudor 's a't.* — Bécsben, 1845, Haas, 8°, pp. XII-154.

(C'est le premier ouvrage sur la chirurgie oculaire qui paraisse en langue hongroise. Nous avons annoncé dans notre volume XII (p. 191) une brochure latine du même auteur.)

CHRONIQUE.

Anvers. — On nous adresse d'Anvers l'annonce de deux marchands de lunettes s'intitulant *Oculistes-opticiens*. Nous les recommandons à la commission médicale de la province.

Bruxelles. — Par arrêté royal du 30 décembre dernier, un subside de 2,000 francs est accordé à la députation permanente du Conseil provincial de Namur, pour couvrir une partie des frais de premier établissement de l'Institut ophthalmique de Namur.

Paris. — M. le docteur Magne a adressé, le mois dernier, à l'Académie de médecine, une note sur un nouvel instrument destiné à simplifier et à rendre plus facile l'extraction de la cataracte. « A l'aide de cet instrument, » lit-on dans le compte-rendu de la *Gazette médicale*, « la cornée et la capsule sont ouvertes dans un même temps; l'opération consiste, pour ainsi dire, dans une seule ponction. » M. Magne donnera sans doute une description détaillée de son instrument : on ne trouve dans les divers journaux qui en ont parlé, rien qui puisse fournir une idée de sa forme et de ses proportions.

ANNALES

D'OCULISTIQUE.

Tome XV. — 2e série. Tome 3me. — 2me livraison.
FÉVRIER 1846.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE LA PHOTOPHOBIE, DE SON SIÉGE, DE SES CAUSES ET DU TRAITEMENT QUI LUI CONVIENT;

Par le docteur DUVAL (Hégésippe), d'Argentan, département de l'Orne (France).

(SUITE. *Voir la livraison de janvier*, p. 3.)

Dans l'hydrocapsulite, la photophobie est en général peu marquée; mais ce caractère devient très-prononcé si le mal acquiert de l'intensité. (Rognetta, page 305.)

Si dans la rétinite ce phénomène est l'un des premiers à se déclarer, c'est que, cette fois, ce n'est plus seulement une des parties servant à la régénération des humeurs de l'œil, ou à sa forme, qui se trouve affectée, mais bien la fonction elle-même qui est menacée, ou mieux l'organe que représente cette fonction. On a dit de la rétine qu'en elle précisément était le siége de la photophobie; mais l'aversion pour le jour n'existe jamais sans douleurs insupportables, et cette expansion membraneuse est radicalement insensible. Il n'y a pas de chirurgien ayant fait des vivisections qui n'ait observé qu'en la déchirant, l'animal ne manifestait aucun signe de souffrance. N'est-ce pas aussi ce que l'on remarque dans l'opération de la cataracte au moyen de l'aiguille? D'après ce mode d'opérer, cependant, elle est divisée, et parfois singulièrement tiraillée, sans que les malades en aient aucunement la conscience. Comment se ferait-il alors qu'elle acquît spontanément une sensibilité si exquise?

Nous concevons qu'il serait peu rationnel de conclure de ce qui arrive dans l'état normal, et lorsque la rétine jouit de ses propriétés,

à ce qui survient lorsqu'elle est malade, et que, irritée, elle devient centre fluxionnaire. Les douleurs, après tout, devançant l'apparition de la photophobie proprement dite, nous croyons raisonnable d'admettre que ce n'est pas tant, lorsque apparaît ce phénomène, à l'afflux sanguin qu'il faut le rapporter, qu'à l'altération nerveuse qui le précède et semble plutôt le déterminer.

Si la rétine est insensible, en est-il de même du nerf de la cinquième paire, auquel nous attachons ce sentiment de souffrance et de douleur qui se lie intimement à la photophobie? Certainement non : ce nerf, au contraire, est doué, dans la moindre de ses divisions, d'une sensibilité tellement excessive, qu'on ne peut y toucher sans faire bondir les animaux soumis à l'expérimentation, sans les foudroyer, les tuer par énervation.

La contraction considérable de l'iris, qui finit souvent par s'oblitérer dans la rétinite, et ces larmes brûlantes qui s'échappent, s'écoulent et inondent les joues du malade, ne sont, en dernière analyse, que la confirmation de nos propositions et des considérations qui en découlent.

Quant aux signes de la rétinite pure, ce sont des éclairs, des flammes, des étincelles, des traînées lumineuses qui voltigent devant les yeux des malades ; des points irisés, quelquefois rouges, jaunes, orangés, ou noirs ; ce sont des photopsies enfin, par suite d'un trop grand afflux de sang et de la compression mécanique à laquelle se trouve exposée la rétine ; mais ce n'est plus là de la photophobie.

Telle est bien la série de symptômes que nous venons d'énumérer, qui se déroulent dans l'amblyopie congestive, et dans cette affection, ceci est hors de doute, la rétine passe par toutes les nuances d'une congestion latente.

D'après M. Loureiro, la photophobie dépendrait de l'inflammation de la rétine, inflammation qui pourrait être ou sanguine ou nerveuse. Nous venons de nous expliquer sur ce qui résulte de la turgescence des vaisseaux sanguins de cette membrane ; maintenant, qu'entend M. Loureiro par l'inflammation nerveuse? Serait-ce une concentration de fluide nerveux? mais ce fluide existe-t-il? N'est-il pas démontré, autant que peuvent le faire de simples preuves indirectes, que l'agent nerveux est l'électricité ou l'une de ses modifications? Cette expression sous-entendrait-elle que sous l'influence d'un agent perturbateur, l'action nerveuse subissant un état électrique différent, éprouverait une altération dans les fonctions d'in-

citation? C'est notre opinion; et si nous sommes fondé à croire justes nos suppositions, en ce qui regarde le nerf de la cinquième paire, ce serait pour lors 1° ce nerf, sous l'influence duquel se ferait cette nervimotion dans la trame pulpeuse de la rétine, et qui, 2° altéré dans son action physiologique, ressentirait cette exaltation de propriétés quand ses courants électriques se trouveraient changés ou modifiés.

Si l'on admet cette locution, *inflammation nerveuse*, on doit donc la comprendre comme synonyme et voulant exprimer une exaltation de propriétés vitales, et cette exaltation, dans l'espèce présente, est pour nous, la conséquence d'un changement survenu dans les courants électriques des filets du trijumeau, qui rampent et forment un réseau à part dans la pulpe rétinienne (1).

Il nous reste à remarquer que si l'appareil nerveux de la rétine se trouble avec tant de facilité et de promptitude, cela tient sans doute à ce que les filets qui viennent de l'ophthalmique et le constituent, sont plus nombreux en cette région que partout ailleurs.

La sclérotique est une membrane blanchâtre, d'une contexture dense, serrée, peu extensible, fibreuse comme la dure-mère dont elle est la continuation, selon beaucoup d'anatomistes, et qui sert de coque protectrice, ou, si l'on veut, de charpente à l'organe visuel.

Par suite de cette organisation solide et résistante, l'étranglement de l'œil devait avoir lieu très-promptement lorsque les humeurs aqueuse et vitrée, comme il arrive dans la plupart des ophthalmies internes, sont sécrétées en plus grande abondance que ne comporte leur type normal. Aussi est-il naturel (l'inflammation prenant rapidement un caractère grave) que la photophobie se produise dès le début de la sclérotite, et d'une manière plus persistante dans cette affection que pour telle ou telle autre ophthalmie.

Quant à vouloir regarder la sclérotique comme point de départ et siége en quelque sorte exclusif de la photophobie, cette opinion est journellement contredite et en défaut, car qui n'a vu éclore ce symptôme de circonstances où cette membrane n'était pour rien dans la maladie, soit lorsque les premières lames de la cornée ont

(1) Meckel, Kissel, Ribes, Tiedemann, Treviranus, Langenbeck, ont constaté et décrit d'une manière si rigoureuse la présence de filets nerveux dans la rétine, qu'on ne peut plus avoir le moindre doute à cet égard.

D'après M. Langenbeck fils, leur plus grand nombre est dans la couche antérieure de la rétine.

été labourées et éraillées par un corps rude et piquant : une branche d'arbre, une brosse, un morceau de drap, etc.

Personne, d'autre part, que je sache, n'a pensé devoir rattacher à la kératite l'impossibilité de supporter le jour ; et cela parce qu'on observe souvent des ulcères larges de la cornée, accompagnés d'injection fort intense, ne point être compliqués de ce phénomène.

Reprenons la question au point de départ : l'œil, ramené à ses éléments, est un composé de vaisseaux artériels, de vaisseaux veineux, de vaisseaux lymphatiques et de vaisseaux nerveux.

A. — Dans la photophobie, il n'y a pas toujours ni nécessairement rougeur de l'œil (1); conséquemment la coloration en rouge des tissus étant l'expression rigoureusement reconnue de l'altération des vaisseaux sanguins, on peut, ce nous semble, conclure de cette seule proposition, que ce symptôme ne dépend réellement pas d'une lésion de l'hématose, ne tient pas à l'altération de ces deux ordres de vaisseaux artériels et veineux.

B. — Les vaisseaux lymphatiques sont insensibles, et jamais la photophobie ne se rencontre sans douleur. Déjà plusieurs fois nous l'avons dit. Le scalpel, au surplus, ne nous les a pas encore démontrés dans les différentes régions de l'œil, et telle région que ce soit, lorsqu'elle est profondément altérée, entraîne l'apparition de symptômes photophobiques. Ce ne sont donc pas les vaisseaux lymphatiques qui sont affectés dans cet épiphénomène.

C. — Reste l'appareil nerveux, qui se compose de nerfs moteurs (moteur oculaire commun), d'un nerf propre à la fonction (le nerf optique), et de nerfs essentiels à la vie de l'organe, et que représentent les quelques filets du grand sympathique et le nerf ophthalmique, qui, par ses innombrables divisions et subdivisions, se multiplie à l'infini, allant par sa branche nasale à l'iris, au ligament ciliaire, à la choroïde, à la membrane de Demours, à la hyaloïde, à la capsule du cristallin, à la sclérotique, à la rétine ; que l'on rencontre

(1) Dans cette affection, que M. Middlemore, entre autres, désigne sous le nom de *glaucôme pathologique*, et qui, selon lui, dépend primitivement de l'inflammation de la hyaloïde, il n'y a pas tout d'abord la moindre rougeur à la surface de l'œil, quoique les malades ne puissent pas supporter le jour. Si, par la suite, les vaisseaux sanguins de la conjonctive se gonflent, s'engouent et deviennent variqueux, cette dilatation anormale ne peut être considérée que comme la conséquence de la maladie, mais non comme l'un de ses caractères distinctifs.

partout, en un mot, et par l'entremise duquel, répétons-nous, est transmise du cerveau aux rameaux végétatifs l'impulsion irritative nécessaire à l'accomplissement des fonctions de nutrition et de sécrétion. Maintenant, serait-ce au moteur commun que devrait se rapporter la photophobie ? Mais l'action de ce nerf est parfaitement limitée, et lorsque ses fonctions sont troublées, ce n'est que secondairement, parce que l'harmonie est rompue et qu'il est impossible de toucher à l'une ou à l'autre des membranes oculaires sans que l'organe, dans son ensemble, n'en subisse un changement, une modification plus ou moins sentie.

Nous nous sommes expliqué, en parlant de la rétine, sur le rôle qu'elle joue dans le développement de ce phénomème : cette expansion membraneuse n'étant que la continuation du nerf optique, ce que nous avons dit se rattache pour lors entièrement au nerf lui-même.

Reste, enfin, le nerf de la cinquième paire, lequel, par voie d'induction, comme nous l'avons vu, et présentement par voie d'exclusion, nous paraît être, dans des circonstances données, positivement le point de départ, le siége précis de la photophobie.

Des douleurs inhérentes à la photophobie.

Les propriétés vitales exaltées de la conjonctive, quoique accompagnées d'une douleur très-vive, n'entraînent cependant pas d'ordinaire de réaction générale ; en cette occurrence, tout se passe superficiellement : point de rapport entre le degré de rougeur de la conjonctive et l'intolérance pour la lumière, comme cela a lieu dans la photophobie qui résulte d'un travail phlogistique des parties intérieures ; la douleur, beaucoup amoindrie par l'obscurité, disparaît presque le soir, etc. C'est peut-être néanmoins durant cette époque, la plus légère en fait, que le larmoiement est le plus abondant : cela tient-il au rapprochement, aux connexions de cette membrane avec la glande lacrymale ? C'est probable.

Lorsque la photophobie relève, au contraire, des membranes internes (la sclérotique, la rétine), les douleurs sont peu allégées par l'obscurité et continuent d'être fort intenses la nuit et le jour, quelque obscur que soit le milieu dans lequel on garde les malades. C'est dans cette seconde espèce qu'elles prennent un certain prononcé d'exacerbation aux différentes heures de la journée. Le soir notamment, et à l'approche des premières heures du jour, de 10 heures à

minuit et entre deux et quatre heures du matin, elles deviennent parfois tellement atroces, que quelques malades sont pris de désespoir et seraient tentés de faire le sacrifice de l'organe pour mettre fin à ces crises intolérables. La durée de ces accès, peu réguliers dans leur retour, est d'une, deux à trois heures. Pendant le paroxysme, la sécrétion des larmes est augmentée et la sécrétion purulente diminuée. Ces douleurs ne paraissent plus locales comme dans le cas précédent, mais elles sont diffuses et senties dans les tempes, les sourcils, le nez, les oreilles, les dents ; en d'autres termes, ce n'est plus seulement l'une des divisions du trijumeau, l'ophthalmique, qui est compromise, mais ce sont les trois branches primitives qui forment ce nerf qui sont ébranlées et prennent part aux désordres.

Dans la photophobie, il y a constamment une contraction spasmodique des paupières. Ce blépharospasme n'a rien qui puisse le faire reconnaître comme l'expression d'une altération dyscrasique quelconque : c'est donc à tort certainement qu'on s'est efforcé d'y chercher quelques signes propres à l'ophthalmie scrofuleuse (1). Ce phénomène nous a semblé dépendre d'un sentiment instinctif pour empêcher la pénétration de la lumière dans l'œil, et de l'ébranlement apporté dans les branches de la cinquième paire qui vont se distribuer aux muscles orbiculaires.

Ce blépharospasme est, dans quelques circonstances, si violent, que le bord libre des paupières se renverse en dedans, change la direction des cils qui viennent arc-bouter sur le globe, et ajoutent par leur frottement une nouvelle cause d'ophthalmie à celle déjà existante.

C'est particulièrement chez les enfants que cette disposition est la plus remarquable : ainsi, non-seulement ils fuient la lumière, mais encore ils se cachent la tête sous leurs couvertures, se fourrent dans leurs oreillers, afin de se soustraire à la clarté du jour, tant leur sont pénibles et douloureux les quelques rayons qui laissent pénétrer les paupières. La face est grippée, l'orbiculaire serré convulsivement, et c'est vers la région orbitaire que convergent les contractions des muscles de la face, lorsqu'ils font d'eux-mêmes des efforts inouïs pour se soumettre, cela du reste en vain, à l'exploration du médecin. Lorsqu'on parvient à écarter les paupières, l'œil se

(1) Benedict, entre autres, s'est occupé de ce symptôme comme d'une maladie distincte, sous le nom de *photophobie scrofuleuse des enfants*.

luxe en haut et en dedans, et cette fois encore c'est en vain et au-dessus de la volonté du malade qu'on l'engage à regarder en bas: ces explorations, en définitive, se terminent par une affusion abondante de larmes, et n'aboutissent qu'à fatiguer le patient sans qu'il en soit retiré aucun fruit. Nous sommes très-sobre de ces essais, qui paraissent servir, c'est vrai, à arrêter le diagnostic, mais qui n'éclairent en rien la question du traitement.

L'un des arguments, le plus capital peut-être, en faveur de notre opinion relativement à la nature nerveuse de la photophobie, ressort de ce fait indiqué dans les quelques lignes qui précèdent; savoir: que les malades ne se contentent pas de fuir la lumière, de seulement dérober leurs yeux à l'influence de cet excitant, mais encore qu'ils les pressent et cherchent à comprimer toute la région orbitaire, soit avec les mains, soit en s'appuyant sur leurs oreillers, ou encore en serrant fortement le bandage mis sur leurs yeux.

Si la photophobie était l'expression isolée de l'altération du réseau sanguin, ou même si cette altération était dominante et principale, ces pressions n'augmenteraient-elles pas la douleur? Par contre, n'est-ce pas une de ces vérités pathologiques, bien démontrées aujourd'hui, que les névralgies, quelles qu'elles soient, s'engourdissent momentanément lorsqu'on comprime la région où va se distribuer le nerf qui leur a donné naissance?

De l'état de l'iris lorsque apparaît et existe la photophobie.

Malgré les conséquences diverses qui résultent de la section du nerf de la cinquième paire à l'égard de l'iris (M. Magendie prétend que la pupille des lapins se rapetisse sous l'influence de la section de ce nerf; d'après MM. Eschricht, Magendie et Valentin, elle se dilaterait sur les chiens et les chats; et selon M. Mück, sur les pigeons, elle n'éprouverait aucun changement), malgré cette divergence de résultats, disons-nous, le nerf ophthalmique n'en est pas moins resté, pour beaucoup de physiologistes, le nerf essentiellement moteur de l'iris. Que conclure au surplus de ces expériences? Que ce nerf produit en certaines circonstances la contraction du diaphragme irien; dans d'autres, sa dilatation; ou même parfois ne cause aucun changement, agissant autrement sur les différents nerfs de l'œil (pour me servir de l'expression qu'emploie M. Melchior, dans son savant article sur la mydriase, inséré dans le tome XII, 1re et 3e livraisons des

Annales d'Oculistique). Mais c'est tourner la difficulté et rester en dehors de la question sans la résoudre. N'est-il pas infiniment plus logique de séparer l'action de ce nerf des mouvements de l'iris ?

D'après nos considérations sur les nerfs de l'œil, énoncées plus haut, nous croyons que la motion active (la contraction de l'iris) se fait principalement sous l'influence du nerf de la troisième paire : l'iris se trouve ramené vers sa grande circonférence ; c'est alors que la pupille acquiert son diamètre le plus étendu. Quant au nerf de la cinquième paire, s'il agit dans cet acte, ce n'est que passivement et ainsi qu'il suit : si une trop forte somme de rayons lumineux vient à se précipiter au fond de l'œil, le trouble de la fonction déterminé par cet excédant d'excitant éveille la mission conservatrice de ce nerf, ce qu'explique d'ailleurs son excessive sensibilité ; et l'iris, cédant à cette puissance de conservation qui l'emporte, se détend et se présente dans sa plus grande extension. La pupille, en cette occurrence, par opposition à l'action de la troisième paire, se rétrécit et devient d'autant plus petite que la fonction de l'organe immédiat de la vision est plus troublée.

Cette explication sur les mouvements de l'iris importe peu à notre théorie ; après tout, voici ce que nous avons observé en ce qui a rapport à cette membrane et à la photophobie.

Dans la photophobie traumatique (celle qui provient d'un corps étranger fixé dans les lames de la cornée), l'iris conserve des mouvements assez sensibles, quoique peu marqués, de dilatation et de contraction ; la pupille est manifestement rétrécie, même dans l'obscurité. Dans la photophobie de cause interne, durant la période aiguë de l'ophthalmie d'où elle dérive, si l'iris se meut, c'est d'une manière fort lente et à peine sentie ; le diamètre de la pupille est également fort diminué d'abord, puis s'élargit ensuite de plus en plus, en raison de ce que les symptômes d'étranglement sont plus violents et l'annihilation de la rétine plus prononcée. Enfin, dans la photophobie essentielle, c'est-à-dire qui tient à l'exaltation simple des propriétés vitales de l'ensemble oculaire, la motion de l'iris est pareillement peu appréciable et la pupille plus rétrécie encore que pour les cas précédents.

Nous ne considérons ici l'iris que comme une membrane éloignée du foyer primitif de la maladie qui a fait surgir la photophobie ; mais ce symptôme peut aussi naître de l'exaltation des propriétés vitales de cette membrane : l'iris, pour lors, est totalement paralysé dans ses

mouvements, et la pupille souvent réduite à un point imperceptible (1).

Un mot, avant de clore ces considérations, sur une disposition pathologique qui succède fréquemment à ces ophthalmies opiniâtres et qui longtemps ont été réfractaires à toute espèce de moyens : Nous voulons parler de ce phénomène qu'offrent ces malades dont les yeux redeviennent subitement rouges, larmoyants et douloureux, aussitôt qu'on les regarde, et lorsque déjà depuis plusieurs jours on pourrait croire la maladie entièrement disparue. Cette récrudescence momentanée de l'ophthalmie est si sensible chez quelques individus de constitution nerveuse et délicate, qu'il leur suffit de se rencontrer par hasard de regard avec la personne en face de laquelle ils se trouvent, pour que de suite leurs yeux, encore une fois affectés, se remplissent de nouveau de larmes, rougissent, et que la lumière leur devienne insupportable.

Nous pourrions citer un grand nombre de pareilles observations, nous nous contenterons des deux suivantes :

Mademoiselle de Ste-Croix, de Jersey, était sous l'influence d'une ophthalmie catharro-rhumatique dont elle souffrait depuis plusieurs mois. Nous fûmes appelé, et assez heureux pour la guérir de cette affection, non pas si bien néanmoins, durant les premiers temps, qu'un mois et plus après la disparition des symptômes saillants qui caractérisaient sa maladie, cette jeune enfant ne priât les personnes de son entourage de ne pas la regarder en lui parlant, car aussitôt ses yeux, qui avaient recouvré leur blancheur normale, redevenaient rouges, larmoyants et douloureux. Elle se cachait la figure alors, ne pouvant plus supporter la lumière; et cependant elle avait repris impunément depuis un mois, nous venons de le dire, ses allures de locomotion ordinaires, ses travaux d'aiguille, de musique, et ses lectures habituelles.

Tout dernièrement, mademoiselle Gaultier de St-Servau, traitée pour une iritis parenchymateuse, nous a présenté le même phénomène : cette malade, guérie sinon en réalité, au moins en apparence, pouvait écrire, coudre, jouer, courir avec ses petites amies, depuis plusieurs semaines, comme avant sa maladie; et toutefois ses yeux

(1) L'aversion pour la lumière est un caractère constant dans l'iritis, et souvent très-prononcé, comme dans toutes les ophthalmies internes : l'iritis peut être légère en apparence et la photophobie fort intense. A ce symptôme se joint toujours l'épiphora, compagnon fidèle de la photophobie. (Rognetta, p. 289.)

se remplissaient de larmes immédiatement, se gorgeaient de sang, et la lumière, si peu intense qu'elle fût, lui devenait intolérable si on la regardait fixement et qu'elle s'en aperçût.

D'où dépendait cette résurrection momentanée de l'ophthalmie? de l'hypertrophie persistante des papilles de la conjonctive (de ces granulations que le docteur Müller, considère comme des glandes muqueuses, et que Burkard Eble croit des papilles nerveuses); mais il n'en existait pas : l'état de la conjonctive oculaire et palpébrale était parfaitement sain. Était-ce d'un trouble de l'innervation? c'est une chose hors de doute; mais ce trouble lui-même, quelle en était la cause?

Serait-il hors de sens de croire que l'organisme affaibli était débordé sans possibilité de maîtriser et de régler cette suractivité des courants électriques, survenue par suite de la volonté concentrée des malades sur un objet quelconque, et qu'alors arrivait ce larmoiement abondant (cette supposition rentre clairement dans nos idées), et que, d'autre part, cette rougeur insolite et ses conséquences venaient de ce que les vaisseaux sanguins ayant perdu leur élasticité normale, et débilités par le travail inflammatoire passé, s'engorgeaient promptement, se trouvant stimulés dans une proportion supérieure au degré d'excitation qui leur convient pour le parcours du liquide qu'ils sont chargés de répartir?

Cette réminiscence maladive ne se manifestant pas, en somme, lorsque les malades regardent les objets qui leur sont familiers, on doit, en sus de cette cause immédiate, admettre de plus une cause éloignée, qu'on peut, ce nous semble, soupçonner provenir d'un trouble apporté par l'acte interne de la fonction visuelle.

Cette fonction réclame, en effet, deux opérations distinctes : l'une oculaire, et l'autre cérébrale. Si donc l'altération cérébrale cesse d'être en rapport de force avec l'action oculaire; si l'action intérieure vient à se trouver trop puissante pour l'organe externe affaibli (raisonnons d'après cette hypothèse) il s'ensuivra une perturbation dont l'expression sera ce larmoiement et cette rougeur anormale qui nous occupent? En dehors de la cause, en quelque sorte mécanique, que nous avons assignée plus haut à l'apparition de ce phénomène, il faudrait pour lors supposer encore un défaut d'harmonie entre les deux pôles de l'appareil optique qui sert à l'accomplissement de la vision (1).

(La suite au prochain numéro.)

(1) Cette disposition maladive, que nous proposons de désigner sous le

DE L'INFLUENCE DES DIATHÈSES GÉNÉRALES DANS LES MALADIES OCULAIRES;

Par le docteur A. Guépin, professeur à l'École de médecine de Nantes.

Premier article.

(SUITE ET FIN. *Voir la livraison de janvier*, p. 12.)

« Si la maladie est très-opiniâtre, continue Furnari (*l. cit.*, p. 226), il faut employer l'électricité, l'acupuncture et la strychnine par la méthode endermique, comme nous l'avons dit en parlant de l'amaurose torpide. On doit conseiller aux ouvriers qui sont exposés aux vapeurs saturnines de se laver les mains avant leurs repas, et surtout de ne pas manger dans les ateliers. Si ceux qui sont sujets à la colique de plomb voulaient s'habituer à boire souvent de la limonade hydrosulfurique et à prendre des bains hydrosulfureux, sans contredit la colique par le plomb et les autres phénomènes consécutifs deviendraient excessivement rares. »

Tanquerel Desplanches, dans son travail intitulé : *Des maladies de plomb* ou *saturnines*, a traité avec quelque étendue ce qui concerne l'amaurose. Son opinion se résume dans les propositions suivantes :

L'amaurose saturnine peut être le seul signe de l'empoisonnement saturnin.

Elle s'associe souvent avec la colique et l'encéphalopathie saturnines.

Elle se présente le plus souvent brusquement.

Elle occupe toujours les deux yeux et se manifeste par une dilatation considérable de la pupille.

Chaque fois qu'elle est complète, le fond de l'œil est noir, l'iris immobile ; les humeurs sont transparentes ; la lumière n'est point perçue avec netteté : mais ces symptômes peuvent être moins prononcés si l'amaurose est incomplète. Quand elle est inégale dans les deux yeux, elle produit souvent le strabisme.

Elle ne s'accompagne point de paralysie du système moteur de l'œil.

Elle doit être nettement distinguée des autres amauroses.

nom d'*ophthalgie*, pour la distinguer de la photophobie ordinaire dont elle se sépare sous tant de rapports, dure quelquefois des années entières, si on néglige d'y remédier. Nous avons employé avec succès, pour la combattre, la pommade suivante : opium, 1 gramme (18 grains) ; axonge, 3 grammes (1 gros), dont nous faisons enduire matin et soir la région sus-orbitaire.

On ne trouve aucune lésion organique chez les individus qui meurent avec amaurose.

Nous croyons devoir transcrire en entier ce qu'il dit du traitement.

« L'indication principale, dans le traitement de l'amaurose saturnine, consiste à exciter la sensibilité de la rétine. Pour obtenir « ce résultat, il faut avoir recours à des excitants et à des dérivatifs « énergiques.

« Ainsi, on peut commencer par appliquer des vésicatoires à la « nuque, derrière les oreilles, sur les tempes, sur les régions sourcilières, vésicatoires dont on multiplie les applications.

« Les frictions avec la pommade stibiée, les sétons, les cautères, les « moxas et les vésicatoires, sont des moyens également mis en usage « dans ces différentes régions. On conseille aussi de cautériser le « sinciput avec la pommade ammoniacale.

« L'amaurose saturnine, lorsqu'elle disparaît promptement pendant qu'on administre toutes ces médications, ne leur doit point « habituellement sa guérison ; car, livrée aux seuls efforts de la nature, elle disparaît souvent également. Tel est du moins le résultat « de nos propres observations. Mais lorsque l'anesthésie de la rétine « dure depuis quelque temps, ces médicaments sont infructueux : « alors il faut avoir recours à des moyens plus énergiques, qui, « agissant immédiatement sur l'œil, concourent d'une manière directe au rétablissement de la vue. La strychnine, par exemple, a « été employée par nous avec avantage, suivant la méthode endermique. On donne cet alcali végétal d'abord à la dose d'un sixième « ou d'un huitième de grain, et l'on augmente successivement la « dose, suivant les phénomènes qu'on observe, jusqu'à un grain et « demi à deux grains. L'application de la strychnine se fait à l'aide « de deux petits vésicatoires placés aux tempes, au front, à la région sourcilière, et même derrière les oreilles.

« L'électricité et le galvanisme doivent encore être rangés parmi « les moyens qu'on peut appliquer presque immédiatemement sur « le système nerveux de l'œil pour y réveiller la sensibilité spéciale « éteinte : c'est ordinairement l'électro-puncture qui réussit le « mieux. Pour cela, on implante les aiguilles sur le nerf frontal, à « sa sortie du trou sourcilier, et dans le nerf sous-orbitaire, à sa « sortie du trou de ce nom ; on met ensuite ces aiguilles en contact « répété avec les deux pôles d'une pile voltaïque peu énergique. Ces « premiers essais méritent d'être renouvelés fréquemment et d'une

« manière continue, d'autant plus que les piqûres de ces nerfs n'en-
« traînent en général aucun accident.

« Stoll recommande, dans le cas d'amaurose survenant dans la
« colique de plomb, l'opium et le camphre : *Amaurosin in colica*
« *pictorum*, dit-il, *opium et camphora tollit*. Nous avons employé
« deux fois ce moyen sans succès sensible.

« Nous proscrivons en général le traitement antiphlogistique
« dans l'amaurose toxique : ce moyen, loin de ramener la sensibi-
« lité de la rétine, nous a semblé augmenter la cécité et éloigner le
« temps de la guérison.

« En même temps que l'on employe ces divers moyens, il est bon
« de faire usage de purgatifs drastiques, tels que ceux du traite-
« ment de la Charité, l'huile de croton tiglium, etc. Les bons effets
« qu'ils semblent procurer résultent-ils de l'excitation qu'ils occa-
« sionnent sympathiquement sur le système nerveux de l'œil ?

« Il faut, avant tout, pour assurer le succès du traitement qu'on
« met en usage, éloigner le malade des émanations qui ont déter-
« miné l'amaurose, et guérir les autres maladies saturnines conco-
« mitantes.

« Comme il arrive que les individus qui ont été attaqués une
« première fois d'amaurose saturnine se trouvent dans les conditions
« les plus favorables pour contracter de nouveau cette maladie, il
« serait bon, après la guérison, que les ouvriers renonçassent pour
« toujours aux occupations qui les ont privés d'un des organes
« les plus importants aux besoins de la vie. »

Le travail de Tanquerel Desplanches, sur les maladies saturnines, nous paraît mériter quelques reproches en ce qui concerne les amauroses. Cet auteur ne distingue pas assez les amauroses ou amblyopies aggravées par l'intoxication saturnine, des amauroses simplement saturnines. De là l'infirmation nécessaire de quelques-unes de ses propositions ; de là aussi le décousu de son article et un traitement qui ne présente rien de net ni de précis. Nous croyons utile cependant, avant de laisser de côté cet auteur, de transcrire quelques autres passages contenus dans son ouvrage. Tout d'abord il se livre à des recherches historiques dont voici le résultat :

Henri Smet (d'Alost), savant médecin du XVIe siècle, a vu quatre amauroses survenir à la suite de coliques, probablement saturnines ; il ne fait que les rappeler. « Chez la femme de l'apo-
« thicaire Paul Wippelius, dit-il, de violentes coliques autour
« et au-dessous de l'ombilic causèrent, durant trois jours, un

« tel affaiblissement de la vue, qu'elle ne pouvait pas même distin-
« guer les lumières d'avec les ténèbres. » Il nous apprend ensuite, et cette circonstance mérite d'être remarquée, « qu'après d'au-
« tres accès de coliques, la même malade eut les jambes et les
« bras paralysés. Un accident tout à fait semblable arriva à
« deux autres individus, à Jean Dannius, vitrier et peintre, et à
« Jacques Krenninger, garçon apothicaire; mais l'amaurose dura
« moins longtemps. » Smet revient un peu plus loin sur ce dernier malade; il dit : « La violence de la colique détermina la perte
« complète de la vue; le malade eut bientôt une attaque d'épilepsie :
« dès qu'il en fut revenu, il prit des pilules qui le purgèrent,
« et il recouvra la vue par la grâce de Dieu. » (*Miscellanea medica in Libros duodecim digesta.* Francfort, 1611, in-8°, p. 446.)

(M. Montanceix a publié un mémoire sur l'emploi du sulfate d'alumine dans la colique métallique, où il a consigné un fait d'amaurose survenue au commencement d'une encéphalopathie saturnine, pendant le cours d'une colique violente. Mais l'auteur passe assez légèrement sur la maladie qui nous occupe en ce moment. (*Arch. génér. de Méd.*, XVII.)

Un auteur anonyme a publié dans le *Journal général des Hospices civils et militaires*, n° 20 (1828), un cas de colique métallique compliquée d'amaurose et de surdité, qu'il avait observé dans le service de M. Chomel. Ce fait est rapporté avec des détails suffisants pour servir à la description de l'amaurose. M. Andral, dans sa *Clinique*, cite un cas de colique de plomb dans lequel on observa, comme trouble de la vision, une diplopie qui disparut avec les symptômes abdominaux. M. Rognetta, dans un mémoire intitulé : *Recherches sur les causes et le siége de l'Amaurose* (*Revue méd.*, 1832, t. IV, p. 32), cite ce passage d'une thèse d'un auteur allemand :
« Un jeune peintre, très-colérique, grand buveur, très-constipé,
« contracte dans ses ateliers la colique métallique. Depuis cet acci-
« dent, il ne voyait pendant longtemps que la moitié de chaque ob-
« jet qu'il regardait; ces symptômes d'hémiopie se dissipèrent avec
« la guérison de la colique de plomb. »

Postérieurement à la première édition de l'article *Amaurose saturnine* de notre thèse sur la paralysie de plomb, M. Duplay a publié un cas d'amaurose saturnine dont l'observation a été recueillie avec beaucoup de soin. (*Archives gén. de Méd.*, tome V, mai 1834.)

Il est peu juste d'oublier le travail de Duplay, dont nous avons parlé plus haut ; mais passons outre.

Grisolle, dans sa thèse sur la colique de plomb, imprimée en 1835, dit qu'il a observé trois cas d'amaurose saturnine double ; mais il n'en rapporte pas les observations.

Nous avons eu l'occasion d'observer douze fois cette maladie. Dans dix cas, l'amaurose est survenue avec une attaque d'encéphalopathie saturnine ; dans deux cas seulement, elle s'est montrée sans être accompagnée d'accidents cérébraux.

Le reste de l'article est un travail *ex professo* dont nous avons donné un ample résumé.

Pétrequin, dans son excellent travail sur les amauroses, s'occupe de l'amaurose vermineuse, qui a la plus grande ressemblance avec l'amaurose saturnine, et néglige cette dernière. Rognetta, dans son *Nouveau traité d'Ophthalmologie* (1844), n'en dit presque rien non plus. Les *Annales d'Oculistique* ne renferment qu'une seule observation de cette amaurose, communiquée par Weiss (volume II, page 232).

Voici maintenant ce que les faits nous ont appris :

L'amaurose saturnine présente deux variétés qu'il importe de bien distinguer. L'une précède l'intoxication saturnine sous forme d'amblyopie ; l'autre s'est manifestée depuis l'intoxication. La première a été progressive ; la seconde le plus souvent instantanée. Nous allons les étudier successivement.

L'amaurose saturnine, que l'on pourrait aussi bien appeler mydriase amaurotique, demande, pour être bien constatée, que l'on ait essayé préalablement la vision à travers un trou rond assez étroit, percé dans une carte noire ; seul moyen, selon nous, d'établir un diagnostic différentiel positif entre l'amaurose et la mydriase saturnine. Dans cette affection, comme dans l'amaurose vermineuse, la pupille est très-dilatée. L'œil est fixe, présentant dans les humeurs son état habituel de transparence ; parfois la vision, quoique complètement abolie, semble se rétablir un peu, si l'on essaye de diminuer l'influence de la lumière par un écran percé d'un trou rond remplissant le rôle de la pupille ; ce qui justifie l'observation faite plus haut, sans établir toutefois que les amauroses saturnines sont des mydriases. Cette maladie peut se manifester avant toute autre affection saturnine, ce que nous n'avons jamais vu, ou concomiter, soit avec des accidents cérébraux, soit encore, ce qui est plus fréquent, avec la colique de plomb, ou se manifester seule comme symptôme de réci-

dive ; ce qui en a peut-être imposé dans quelques circonstances et fait croire à des amauroses primitives.

Cette maladie, qui jadis se présentait quelquefois à Nantes, est devenue très-rare depuis cinq ans. Toutes les amauroses saturnines que j'ai pu voir depuis 1840 étaient, à l'exception d'une seule, des amblyopies amaurotiques aggravées par le travail des préparations de plomb et l'empoisonnement qu'il produit.

Le diagnostic de l'amaurose saturnine est donc très-facile quand on se reporte à la cause première de l'affection. Rien, d'ailleurs, qui puisse embarrasser le médecin : point d'injection vasculaire annonçant une irritation profonde de l'organe oculaire ; point de douleur spéciale.

Le pronostic n'a généralement rien de fâcheux, puisque la maladie ne dure habituellement que quelques jours, parfois même que quelques heures, et qu'elle guérit avec une grande facilité sous l'influence d'un traitement rationnel.

Le traitement n'est autre que celui des affections saturnines. Les purgatifs drastiques par la bouche et par l'anus, les limonades sulfuriques, les opiacés, les sudorifiques et les antiphlogistiques ; tels sont les éléments dont il se compose et dont nous allons examiner la valeur et l'emploi.

Les drastiques formaient la base du traitement de la Charité, qui est généralement abandonné aujourd'hui comme trop empirique, bien qu'il réussisse presque constamment. Il convient de les employer cependant, même à dose élevée, car les doses habituelles ne produisent que fort peu de chose, surtout dans la colique de plomb ; 2 à 4 gouttes même d'huile de croton ne sont pas trop en pareille occurrence, et nous commençons toujours par deux.—Nous n'avons jamais trouvé de lavement préférable à celui dit *de la Charité* ou *des peintres*. Seuls, les purgatifs peuvent guérir les maladies saturnines ; dans presque tous les cas, leur usage est toujours avantageux, tandis que l'inverse est bien loin d'être aussi vrai.

Les solutions d'alun et les boissons acides, notamment la limonade sulfurique, sont peut-être utiles ; mais chaque fois que nous avons voulu les employer seules, nous n'avons pas réussi. On ne peut donc y recourir qu'en les considérant comme les adjuvants, et nullement comme la base du traitement.

Les opiacés sont bien autrement avantageux que les boissons acides, et peuvent dans quelques cas guérir seuls les maladies saturnines, surtout la colique de plomb ; mais comme l'on guérit plus

vite et plus sûrement en les alternant en quelque sorte avec les purgatifs, ou encore en les administrant par la bouche, tandis que l'on provoque les selles avec le lavement purgatif des peintres, l'usage que l'on en doit faire se trouve par suite suffisamment indiqué aux hommes qui veulent des résultats sûrs et prompts. La tolérance pour l'opium est très-grande dans les affections saturnines, et l'on peut administrer souvent avec avantage 1 à 2 décigrammes (2 à 4 grains) d'opium en 24 heures, surtout si on l'emploie à doses fractionnées et sous forme de sirop ou solution.

Les sudorifiques sont avantageux dans une période avancée de la maladie : c'est alors que l'on peut couvrir fortement le malade et lui administrer de demi-heure en demi-heure une tasse d'infusion aromatique rendue plus sudorifique encore par de l'acétate d'ammoniaque. Nous regardons, par suite, comme bien établi, que les bains sont utiles dans les maladies saturnines en facilitant la transpiration. On a loué dans ces derniers temps les bains hydrosulfureux; mais ils ont le grave inconvénient de couvrir souvent le corps d'une couche de peinture grise. Nous les avons essayés chez les mêmes malades et chez des malades différents, en concurrence avec les bains aromatiques, qui constamment nous ont paru supérieurs. Chez des malades qui ne sont pas entrés à l'Hôtel-Dieu. nous avons employé avec avantage des bains d'air chaud donnés dans une barrique où l'on éteignait cinq kilogrammes de chaux vive.

Ce n'est que dans quelques cas exceptionnels que nous employons les émissions sanguines; presque toujours nous avons recours aux sangsues, quelquefois seulement aux ventouses. Disons aussi, à cette occasion, que nous avons employé les ventouses sèches dans quelques paralysies et sur le cou dans l'amaurose saturnine, mais que ce moyen nous a paru d'une efficacité bien secondaire.

Les indications qui précèdent nous permettent d'établir actuellement la formule générale de traitement des maladies saturnines.

Dans les quatre ou cinq premiers jours, deux à trois fois le lavement purgatif des peintres, qui est d'un excellent effet.

Un à deux purgatifs drastiques par la bouche, et dans l'intervalle, l'opium à dose élevée mais fractionnée par 25 milligrammes (1/2 grain). Dans les dix jours qui suivent, quelques lavements purgatifs, quelques opiacés et des bains. Si dans la quinzaine le malade n'est pas guéri, et s'il transpire facilement, on peut le couvrir fortement et le gorger de boissons sudorifiques, surtout au sortir de bains simples très-

chauds, de bains aromatiques ou de bains de vapeur; mais souvent la guérison s'obtient en quatre à cinq jours.

Après ce qui précède, nous n'avons en quelque sorte rien à dire pour faire connaître l'amaurose saturnine greffée sur une amblyopie antérieure. Remarquons toutefois que dans cette affection il est bien plus commun de voir les deux yeux inégalement atteints ; que c'est elle seule, à notre connaissance, qui a produit le strabisme ou quelque chose d'approchant, par une inégalité visuelle résultant de la mydriase de l'un des yeux. Ajouter qu'elle persiste souvent plus ou moins après la guérison de la diathèse saturnine, c'est énoncer un fait prévu ; dire encore qu'elle commande un autre pronostic et un autre traitement que l'amaurose purement saturnine, c'est confirmer les prévisions de tout homme de sens qui étudiera théoriquement la question. Au surplus, le diagnostic est facile quand l'amblyopie antérieure a été bien reconnue, et l'on peut, *a posteriori*, croire généralement à cette amblyopie quand un traitement anti-saturnin ne dissipe pas entièrement l'amaurose. Le pronostic ne retire aucune gravité de la complication saturnine; il peut arriver, au contraire, que le seul traitement présenté ci-dessus dissipe entièrement l'amaurose.

Le traitement doit donc être, avant tout, celui des maladies saturnines. S'il ne réussit pas complètement, c'est au bout de dix à quinze jours seulement qu'il convient de recourir à un traitement anti-amaurotique. Celui que nous préférons alors consiste en 10 ou 12 vésications ammoniacales derrière les oreilles, sur le front et sur le cuir chevelu, au moyen d'un morceau d'ouate de coton imbibée d'un mélange de deux parties d'huile et d'une d'ammoniaque liquide.

Nous n'avons point recueilli les faits d'amaurose saturnine dont nous avons été témoin. Voici les trois plus récents; ils appartiennent à l'année 1845 :

Une femme, que nous avons encore au n° 10 de la salle 12, de l'Hôtel-Dieu de Nantes, se trouvait, il y a six mois environ, au n° 26, par suite d'une colique de plomb. A cette époque, elle est devenue subitement presque complètement aveugle pendant quelques heures: je la vis lorsque la vue commençait à se rétablir, et je me contentai de continuer le traitement par les purgatifs et l'opium, auxquels je fis succéder les bains aromatiques. La mydriase s'est dissipée ; la vue est revenue complètement, et la guérison a été prompte et parfaite.

Au n° 8 de la salle 13, consacrée aux filles publiques, se trouvait, au printemps dernier, une femme récemment accouchée, qui avait travaillé depuis ses couches dans une fabrique de céruse. Cette malheureuse présentait l'état suivant : péritonite partielle, abdomen douloureux et ballonné ; coliques saturnines ; faiblesse paralytique des extenseurs ; amblyopie amaurotique ; constipation très-opiniâtre ; pas de selles depuis huit à dix jours. Je ne me suis nullement occupé de l'amblyopie amaurotique qui était antérieure à l'intoxication saturnine, puisque j'avais eu occasion de voir cette femme à ma clinique privée pour ce fait particulier, et cependant elle a complétement cédé sous l'influence du traitement général. Ce traitement a consisté en trois ou quatre applications de 20 et 30 sangsues, et en frictions, 3, 4 et 5 fois le jour, sur l'abdomen, avec une pommade ainsi formulée : axonge, 20 gr. ; extrait de jusquiame, 6 gr. ; calomel, 1 1/2 gr. De plus, j'ai employé l'opium à l'intérieur, et j'ai administré, malgré la péritonite, à cinq ou six reprises différentes, le lavement purgatif des peintres, et même deux fois 2 gouttes d'huile de croton *pro dosi* ; puis, dans la dernière période, les sudorifiques et les bains aromatiqués. Ce traitement un peu hardi, pour ce qui concerne l'emploi des purgatifs, a complètement réussi. J'ai revu cette femme depuis, et sa vision paraissait assez bonne ; la pupille était contractile et moyennement dilatée.

Dans un 3e cas, chez une femme couchée au n° 5 de la salle 12, j'ai dû récemment faire quelques applications du caustique ammoniacal pour obtenir la guérison d'une amaurose d'un seul œil, qui avait été aggravée par le travail dans une fabrique de céruse. Chez celle-ci, le traitement général n'avait pas guéri l'amaurose, bien qu'il eût amélioré sous ce rapport l'état de la malade.

Le fait le plus curieux que je me rappelle parmi ceux qui m'ont passé autrefois sous les yeux, est celui d'une fille de la rue de l'Hermitage, qui avait travaillé à la céruse. Atteinte d'une colique de plomb, elle se trouva subitement aveugle. J'étais tout près, à la caserne des Douanes, et j'essayai sur-le-champ l'emploi d'un papier troué, qui rendit un peu, mais fort peu de vision. Puis j'administrai un purgatif drastique composé de calomel, d'aloès et de scammonée. Le lendemain, l'amaurose avait disparu ; les coliques avaient diminué, et la malade avait rendu quelques vers morts par la bouche, puis par le rectum une pelote de vers roulés les uns sur les autres. Une voisine avait eu la patience de les compter (malheureusement ma mémoire en a oublié le chiffre, si tant est qu'il y ait malheur en

cela). Les coliques persistèrent encore quelques jours : j'administrai le purgatif des peintres, dans lequel j'ai une grande confiance, et la guérison fut prompte ; mais il n'y eut plus d'autre expulsion de lombrics. Que dire de cette amaurose ? Était-elle vermineuse ou saturnine ? ou bien avait-elle ce double caractère ?

Mydriase et paralysie saturnines des muscles moteurs de l'œil.

Nous n'avons rien à dire sur ces deux affections, pour le diagnostic, le pronostic et le traitement, qui puisse apprendre la moindre chose à nos lecteurs après ce qui précède ; nous nous bornerons donc à signaler quelques faits.

M. Perrodeau, entrepreneur à Nantes, m'adresse un de ses manœuvres dont la vue a singulièrement diminué depuis quelque temps. Je l'examine, et je le prends à la première vue pour un amaurotique ; mais en lui faisant essayer l'organe visuel à travers un petit trou rond, percé dans une carte, je m'aperçois que la mydriase est le fait dominant et qu'elle est à peine compliquée d'amblyopie. Pendant quinze à vingt jours, l'électricité, l'acupuncture, la cautérisation de la cornée, le sulfate de strychnine par la méthode endermique, furent employés successivement sans le moindre succès. J'essayai alors un purgatif très-énergique composé de séné et de sulfate de magnésie, qui produisit un excellent résultat. J'appris bientôt du malade, dans un nouvel interrogatoire, qu'après avoir travaillé dans une fabrique de céruse, il était entré chez M. Perrodeau, huit jours avant de me consulter. Je l'ai purgé de nouveau ; mais, se trouvant mieux, forcé de travailler pour gagner sa vie, et croyant n'avoir plus besoin de mes soins, il a cessé de venir à ma consultation, sans m'en prévenir à l'avance, suivant en cela l'usage qui ne se répand que trop dans toutes les classes de la société, de considérer le médecin comme un fonctionnaire de charité, obligé par profession de donner son temps et son argent sans même recevoir en échange les témoignages de déférence auxquels il a droit et les renseignements dont il pourrait avoir besoin pour ses études.

Je crois avoir rencontré une fois, par suite d'intoxication saturnine, un strabisme convergent, et une autre fois la paralysie du système musculaire de l'œil, compliquant une amaurose ; mais les deux cas m'ont échappé malgré les recherches que j'ai faites pour les retrouver, et je ne voudrais point affirmer ce que j'ai vu sans un sou-

vel examen, et surtout sans un examen fait à loisir et en lieu convenable.

Conclusion.

Le traitement des affections saturnines de l'œil est, avant tout, celui de la diathèse sous l'influence de laquelle ces affections se produisent. Ce n'est que secondairement, et après des efforts infructueux, que le médecin doit tenter un traitement spécial.

MÉMOIRE SUR LES TACHES DE LA CORNÉE;

Par le docteur PH. FR. DE WALTHER, médecin de Sa Majesté le Roi de Bavière, professeur d'ophthalmologie et de chirurgie à la Faculté de médecine de l'Université de Munich, etc., etc. (1).

(Traduit de l'allemand, par le docteur F. BUARD, médecin de régiment au 1[er] cuirassiers, etc., à Bruges.)

Les taches de la cornée constituent une des maladies oculaires les plus ordinaires et les plus fréquentes; les suites et les effets en sont d'autant plus fâcheux, que, pour la plupart, elles se manifestent dans les premières années de la vie, dès la plus tendre enfance, et qu'alors elles influent sur tout le reste de l'existence. Mal-

(1) En entreprenant, d'après l'invitation de M. Cunier, la traduction de l'important mémoire de Ph. Fr. de Walther, sur les taches de la cornée, j'avais d'abord l'intention d'en changer un peu la forme, d'en *franciser* en quelque sorte les idées, pour la facilité des lecteurs de ce journal. Mais j'ai bientôt compris qu'il y aurait à cela un grave inconvénient : celui d'altérer peut-être les idées de l'auteur, qui auraient aussi beaucoup à perdre à être présentées d'une manière différente de celle qu'il a adoptée. C'est pourquoi j'ai préféré me borner à une traduction à peu près littérale.

D'ailleurs, les lecteurs de ce journal ont eu déjà assez d'occasions de se mettre au courant d'opinions qui auront sans doute plus de valeur en conservant tout leur parfum *germanique*.

J'avais pensé aussi devoir ajouter au texte quelques notes explicatives; mais c'eût été porter ce travail, déjà fort considérable, au delà des bornes que les *Annales d'Oculistique* peuvent lui donner. J'aurais même préféré, plus tard, retrancher quelques passages où, selon moi, se trouvent des redites inutiles; mais j'ai été arrêté alors par la crainte de porter une main téméraire sur le travail d'un homme aussi haut placé que l'auteur dans l'opinion du public médical.

(*Note du traducteur.*)

gré leur importance, il n'est pour ainsi dire pas un ophthalmologue qui y ait donné, dans ses écrits, une attention convenable ; et tandis que les auteurs se sont livrés, sur d'autres points de l'ophthalmologie, à des travaux importants, c'est à peine si les notions qui concernent les taches de la cornée se sont enrichies, ou ont reçu le moindre éclaircissement.

Il règne encore beaucoup de vague dans les dénominations de cette affection, et c'est là une cause de confusion. Nous manquons de principe général auquel on puisse subordonner toutes les nombreuses et diverses espèces de taches de la cornée. Je pense avoir trouvé ce principe.

La tache de la cornée, *macula corneae*, est une opacité de la cornée devenue permanente, stationnaire, circonscrite, qui est la terminaison et la suite d'une inflammation de la cornée, d'une kératite. Il existe un autre obscurcissement de cette membrane, qu'on nomme *suffusion*, et qui, quoique due à la kératite, comme l'opacité des taches, s'en distingue par sa manière d'être toute différente de celle de l'inflammation dont elle dépend. La suffusion est un symptôme objectif, et qui, par cette raison, sert d'appui pour le diagnostic de tous les autres ; elle existe pendant la durée de la kératite, augmente ou diminue d'intensité avec elle, et disparaît enfin avec l'inflammation de la cornée, au moyen d'une résolution presque complète. La tache de la cornée, au contraire, n'est pas un symptôme mobile et variable de la kératite, elle se forme lentement et insensiblement, le plus souvent après que l'inflammation a perdu un peu de son intensité, dans sa période de déclin ; elle persiste après sa disparition comme produit morbide. C'est une terminaison, une suite de l'inflammation de la cornée. C'est, ainsi qu'on le voit, une opacité permanente et stationnaire, tandis que celle que détermine la suffusion disparaît avec la kératite. Dans l'inflammation générale de la cornée, qui attaque cette membrane dans toute son étendue et dans toute son épaisseur, comme cela s'observe quand elle dépend de causes constitutionnelles, telles que la syphilis, par exemple, la suffusion s'étend davantage et devient diffuse. Cela n'a pas lieu dans la tache de la cornée qui reste circonscrite : tout près et tout autour de la tache, la cornée reste claire, transparente et brillante. C'est donc à tort que des écrivains de nos jours, préjugeant son véritable caractère, se sont hâtés de considérer la suffusion comme une espèce de tache de la cornée, qui était subordonnée aux autres espèces. Il est, selon moi, nécessaire, pour arriver à la véritable

interprétation de cette altération de la cornée, de séparer soigneusement les deux affections et d'en traiter à part.

Toutes les taches de la cornée sont des produits d'une exsudation inflammatoire, soit entre les lames de la cornée, soit entre celle-ci et la conjonctive qui la recouvre, soit entre sa couche la plus postérieure et la membrane de Descemet. Une transsudation phlogistique est chaque fois et constamment la cause de leur formation. Celle-ci est toujours et nécessairement la suite d'une ophthalmie et d'une inflammation de la cornée avec exsudation, et la tache de cette membrane reste alors comme la suite et la terminaison de cette inflammation de nature exsudative. Cette altération de la cornée n'existe jamais sans ophthalmie antécédente.

Dans les cas constants de maladie, et pour le plus grand nombre des taches, on peut facilement, et d'une manière visible, constater cette relation de cause à effet. Les taches sont des produits de l'ophthalmie des nouveau-nés, des ophthalmies scrofuleuse, varialique, gonorrhoïque, égyptienne, et même traumatique; mais il arrive quelquefois que ces ophthalmies donnent lieu à des suites plus graves et à des altérations plus importantes.

Quelques espèces de taches de la cornée semblent ne pas être subordonnées à la loi pathogénétique énoncée plus haut. Elles se forment en apparence ou même réellement sans le concours d'une ophthalmie antérieure. C'est ce qu'on observe, dans le premier cas, pour les taches de la cornée des enfants scrofuleux, et, dans le dernier, par l'arc sénile (*arcus senilis*, *gerontoxon*). Cette dernière altération a été regardée comme une tache de la cornée par presque tous les écrivains; mais c'est à tort. Elle s'en distingue entièrement, tant par son mode de développement, ses phénomènes et ses effets, que par son incurabilité absolue. C'est un effet naturel, non morbide, une véritable métamorphose finale, amenée par l'âge chez le vieillard, et qui a lieu dans la partie circulaire qui enchâsse la cornée dans la sclérotique. Dans le principe, on ne l'observe d'habitude que dans la moitié du cercle cornéal (principalement la moitié inférieure, *gerontoxon dimidiatum*); plus tard, elle s'étend aussi à la moitié supérieure, et acquiert une largeur partout égale et qu'elle ne dépasse pas, d'une ligne et demie à deux lignes. La cornée est alors aplatie et moins convexe, mais reste claire et transparente, et ne s'atrophie pas. Il n'est pas rare de rencontrer avec le *gerontoxon* un commencement d'altération du cristallin. En effet, dans la cataracte sénile, l'obscurcissement commence dans la plu-

part des cas, dans le centre de la lentille, mais quelquefois aussi dans les couches périphériques. Mais le gerontoxon du cristallin est progressif; ce qui n'a pas lieu dans celui de la cornée. Il n'existe pas de *gerontoxon* de la capsule.

L'arc sénile n'est certainement pas le produit d'une inflammation; il est plutôt de nature aphlogistique, dépendant d'une atrophie. L'adhérence des lames de la cornée entre elles au niveau de ses bords, véritable marasme sénile qui les affecte; la disparition de la séparation interlamellaire, et la cessation de toute sécrétion en cet endroit, sont les causes de cette altération. On ne doit pas la considérer comme un produit morbide, mais comme une métamorphose nécessaire et ultime que la circonférence de la cornée éprouve naturellement. C'est un état ordinaire, régulier, partout uniforme, et qui s'annonce toujours de la même manière.

Il ne détermine aussi aucune gêne, aucune altération dans la fonction visuelle. L'aplatissement de la cornée coexiste avec une diminution dans la sécrétion de l'humeur aqueuse; elle n'en est pas la suite plus que le *gerontoxon*. L'arc sénile n'est donc pas une véritable tache de la cornée; il en diffère totalement dans son essence et dans sa nature, et il n'a été mis au nombre des variétés des taches de la cornée que d'après une fausse dénomination et une mauvaise interprétation nosologique. C'est pourquoi, dans ce travail, nous ne nous en occuperons pas davantage. J'ai surtout voulu, dans la mention que j'en ai faite, suivre une habitude établie, et ensuite faire ressortir, dans son sens le plus circonscrit, le sujet dont je voulais traiter, en mettant en regard un objet dont la lumière peut l'éclairer en se réfléchissant. Il est à remarquer qu'on rencontre quelquefois, bien que très-rarement, chez les individus atteints d'arthritis, une métamorphose réellement morbide, semblable à l'arc sénile, et qui commence au bord de la circonférence de la cornée; la marche en est progressive : il se forme un second arc en dedans du premier; et alors l'obscurcissement s'avance peu à peu vers le centre et amène une perte totale de la vue. L'aplatissement de la cornée est ici bien plus considérable que dans le gerontoxon; cette membrane est tout à fait plate, a perdu sa convexité. Il existe également une adhérence des lames et un amincissement atrophique. Ce n'est pas la suite de l'ophthalmie arthritique, car elle existe tout à fait indépendamment d'elle. Comme les jeunes gens affectés d'arthrite vieillissent prématurément, on conçoit qu'ils soient soumis avant le temps à une métamorphose sénile.

Quant aux taches que l'on rencontre chez les enfants d'une constitution scrofuleuse, taches superficielles, petites, circonscrites, peu étendues, grisâtres, et qui, comme l'affirment les mères et les nourrices, ne seraient pas la suite de l'inflammation de l'œil sur lequel on les observe, mais se seraient développées peu à peu sans aucune espèce de phénomène morbide antérieur, on ne doit ajouter aucune foi à ces assertions, qui sont complètement inexactes. Une affection oculaire peu intense, peu douloureuse, de courte durée, chez un jeune enfant, peut très-bien échapper à l'attention d'une personne étrangère à l'art de guérir; il en est ainsi d'une kératite très-circonscrite, peu intense, de courte durée, et dont le caractère exsudatif donnera lieu à une petite tache de la cornée. J'ai l'habitude, dans ces cas, de demander si l'enfant, à l'époque où l'on a d'abord observé la tache, était photophobe, et ordinairement je reçois une réponse affirmative. Les gens du monde, et même quelques médecins, ne considèrent d'habitude comme enflammés que les yeux dont le blanc a pris une teinte rougeâtre.

Quelques-unes de ces taches de la cornée se sont manifestées à la suite d'une ophthalmie des nouveau-nés de faible intensité, et à cause de leurs caractères peu apparents, elles échappent pendant plusieurs années à l'attention. Il en est donc des taches de la cornée comme de plusieurs autres produits de l'inflammation dans d'autres organes, qui devraient exister ou existeraient réellement sans inflammation antérieure! C'est ainsi qu'à l'autopsie on rencontre chez certains individus une adhérence circonscrite, ou même quelquefois très-étendue de la plèvre et des poumons, du foie et du péritoine, sur des individus qui n'avaient jamais accusé de pleurite ou de péritonite.

Si cette *phlogosomanie*, qui, autrefois, ne voyait partout qu'inflammation, a été l'objet d'une critique juste et sévère, n'en doit-il pas être de même aujourd'hui de cette *phlogosophobie*, qui ne veut pas reconnaître l'inflammation là où ses symptômes et sa terminaison pendant la vie, les phénomènes cadavériques après la mort, la rendent évidente à tous les yeux.

Notre proposition fondamentale : *il n'existe point de tache de la cornée sans kératite*, reste, ainsi qu'on le voit, exempte de toute contradiction sérieuse.

L'opinion de M. Chelius, qui admet « que l'accumulation et la coagulation des fluides séreux renfermés entre les cellules de la cornée ou une exsudation plastique, produisent les taches de la cornée, » nous paraît de nulle valeur.

Ce qui vient surtout à l'appui de ce que nous avons dit plus haut, c'est la remarque qu'on a été à même de faire, dans les cas soigneusement observés, que les taches de la cornée qui sont la suite d'une inflammation qui n'a paru qu'une seule fois, et qui a complètement cessé, ne font plus de progrès et n'éprouvent plus de changements, soit dans leur circonférence, soit dans leur degré d'opacité ou d'obscurcissement, aussi longtemps qu'une nouvelle inflammation, avec caractère exsudatif, ne vient pas se manifester et donner lieu à l'augmentation ou au développement plus considérable de celles qui existaient déjà. Les taches de la cornée sont des altérations morbides stationnaires, produites par une inflammation, et qui ne sont susceptibles d'un développement ultérieur que par la répétition de ce même processus inflammatoire. La crainte, autrefois si répandue, de voir une tache de la cornée augmenter peu à peu, au point de couvrir totalement la pupille, est tout à fait vaine et sans aucun fondement, car l'observation démontre que cela n'a jamais été observé et ne peut avoir lieu sans une nouvelle inflammation.

Les taches de la cornée ne sont pas des formes morbides tellement isolées et existant d'une manière si spéciale, qu'on ne puisse rencontrer des altérations morbides semblables dans les autres organes. Ceux-ci, en effet, dans certaines circonstances, présentent, par suite d'une exsudation, de l'épaississement dans leurs tissus qui adhèrent entre eux et avec les produits d'exsudation contenus entre les diverses couches qui s'y développent et s'y organisent ; d'où résulte la perte ou la diminution de leur mollesse et de leur transparence, s'ils jouissaient auparavant de ces propriétés. Eh bien ! c'est là justement une altération morbide analogue à celle que nous rencontrons dans le tissu de la cornée qui est couverte de taches. Dans d'autres organes, tels que les glandes, on désigne ordinairement cette altération sous le terme général d'*induration*. On rencontre la même chose dans les membranes muqueuses, à l'endroit où elles ont été affectées de stégnose ; dans les membranes séreuses, c'est un épaississement de tissu et la formation de fausses membranes à leur surface ; dans les membranes synoviales, c'est, outre l'épaississement et le boursoufflement du tissu, la perte du poli de leur surface par suite d'un développement de villosités. Toutes ces formes différentes ne sont, au fond, comme les taches de la cornée, que les résultats d'un même état morbide, d'une phlogose qui s'arrête subitement dans sa marche, qui n'arrive pas à la suppuration, et n'amène jamais de symptôme critique qui fasse rétrograder la maladie : un

produit d'exsudation inflammatoire y naît en petite quantité ; ce produit, jouissant de beaucoup de coagulabilité, propriété que ne lui enlève pas la formation de la matière du pus (*purium*), n'est pas absorbé et ne conserve pas sa fluidité, car il ne passe pas à l'état liquide et ne se change pas finalement en pus; mais il prend une forme solide, et, sous cette dernière, éprouve des changements pseudoplastiques ultérieurs (1).

On a l'habitude de distinguer plusieurs espèces de taches de la cornée, et, d'après leur *coloration*, de les diviser en taches *bleuâtres*, *grisâtres* et *blanches*.

I. Si cette distinction de coloration est considérée, ainsi qu'on l'a fait jusqu'ici, comme un simple signe extérieur, un phénomène accidentel, elle est sans importance aucune et peut être regardée comme une vaine futilité. Mais j'ai trouvé qu'il existe une différence intime et essentielle dans la coloration des taches, et cette différence est facilement établie. Considéré sous ce point de vue, le phénomène de la coloration est d'une grande valeur, bien qu'en apparence il en soit dépourvu, et peut, comme nous le verrons plus tard, servir à établir une division importante pour la pratique et utile pour le pronostic et le traitement.

En effet, la coloration d'une tache est subordonnée à l'état et aux qualités de l'exsudation interlamellaire. L'espèce de coloration qu'on aperçoit n'est qu'apparente; elle ne répond pas exactement à la couleur vraie et réelle de la masse d'exsudation, car nous n'apercevons pas ce produit immédiatement; nous ne le voyons qu'à travers les lames qui le recouvrent et le feuillet conjonctival de la cornée. La différence entre la vraie coloration de l'exsudation et sa coloration apparente est peu considérable pour les taches situées superficiellement; elle est toujours très-faible pour les exsudations qui sont placées entre le feuillet conjonctival et la première couche du tissu cornéal. Cette différence augmente de beaucoup lorsque le siége des exsudations est plus profond, et elle est surtout des plus grandes si elles existent entre la membrane de Descemet et la couche lamellaire la plus interne. La coloration apparente de la membrane de l'iris, dans l'état sain ou dans un état d'altération morbide, par exemple dans l'iritis ou l'uvéite, est dans le même rapport avec sa coloration réelle, qu'un cristallin cataracté qu'on a examiné dans sa position normale à travers la cornée, l'humeur aqueuse et la cap-

(1) *System der Chirurgie*, 2e Aufl., Seite 161.

sule antérieure restée transparente, et qui offre une coloration toute différente si, après l'extraction, on l'expose au jour sur un verre plan. Il résulte de là que pour remédier à cette fausse apparence des taches de la cornée, il faut avoir recours à une opération de l'intelligence qui corrige la perception des sens.

La coloration apparente des taches, rectifiée de cette manière, peut seule fonder une division naturelle ; car on peut juger de l'état de l'exsudation qui détermine l'opacité, d'après son degré de coloration. Dans la tache bleuâtre de la cornée, l'exsudation est encore entièrement liquide, même très-liquide, contenant peu de matière coagulable, et par conséquent peu disposée à la coagulation. Elle est aussi continuellement résorbée et régénérée. La sécrétion et l'absorption sont pour ainsi dire dans un état d'équilibre. C'est pourquoi cette espèce de tache est, plus que toute autre, mobile dans sa forme, son étendue, sa densité, et existe sans le produit d'un processus morbide qui n'a pas encore cessé.

La tache grise de la cornée a une plus grande durée et une forme plus permanente. L'exsudation se trouve dans un état plus solide, déjà voisin de la coagulation. L'inflammation, qui a presque entièrement cessé, ne donne plus lieu à une nouvelle transsudation. Dans la tache blanche de la cornée, l'exsudation est entièrement coagulée, elle a perdu toutes ses propriétés de fluide, et est changée en une masse pseudo-membraneuse visqueuse, dans le principe encore molle, bientôt demi-solide, qui est susceptible de s'organiser et d'être soumise à l'action du mouvement organique.

Bien que maintenant nous puissions déduire de la couleur apparente de l'exsudation la division fondamentale des taches de la cornée, nous devons néanmoins encore ajouter ici quelques considérations importantes qui concourent à établir cette classification.

II. Il faut nécessairement considérer si les taches sont ou ne sont pas accompagnées de *cicatrice*.

Les plaies très-simples de la cornée se cicatrisent en donnant lieu à un léger nuage, à une tache, quand la guérison se fait par une inflammation exsudative peu intense. On pourrait mettre en doute que l'endroit opaque soit une cicatrice : c'est, en tout cas, une tache. L'obscurcissement (comme celui, par exemple, qui est la suite de la piqûre bien guérie de la cornée, après la kératonyxis) disparaît, dans bien des cas, après un temps plus ou moins long, et sans laisser la moindre trace de son existence. Toutes les plaies considérables de la cornée, et en particulier les contusions et les déchi-

rures qui ont amené de la suppuration, ne se guérissent qu'au moyen d'une cicatrice. Cela s'observe surtout dans les ulcérations de cette membrane. Les cicatrices qui résultent de plaies de la cornée qui ont suppuré (qui ne se sont pas guéries par première intention), ou d'ulcères, ne sont pas transparentes et déterminent de l'obscurcissement. Plus souvent encore la cicatrice est irrégulièrement formée, très-dure, proéminente, calleuse. Il existe en outre, au voisinage de chaque cicatrice, une opacité qui dépend d'une exsudation qui s'est faite tout à l'entour, et qui est absolument de même nature que la tache de la cornée qui a été formée par une exsudation simple, sans plaie, suppuration ou ulcération. Cette espèce de *halo* existe dans chaque tache de la cornée avec cicatrice, et il n'en est aucune dont toute la surface soit purement et entièrement bornée au tissu de cicatrice. Chaque cicatrice propre, avec l'opacité qui l'accompagne, diffère absolument d'une tache ordinaire, qui n'offre pas de cicatrice et dont le pourtour n'a pas la même opacité que dans le premier cas. La tache de la cornée est par conséquent complexe, composée de deux facteurs. A cause de cette particularité (l'auréole opaque) que présente son pourtour, dont la formation repose entièrement sur le même processus pathologique que celui qui amène la tache ordinaire et accompagnée de cicatrice, on ne peut pas séparer la tache avec cicatrice d'avec celle qui n'en est pas accompagnée, et la considérer d'une manière toute spéciale ; néanmoins elle forme une sous-espèce.

On ne rencontre de cicatrice que dans les taches *grises* ou *blanches* de la cornée ; les taches *bleuâtres* n'en présentent jamais : les deux premières espèces forment donc des sous-espèces particulières ; la troisième, au contraire, n'en fournit pas.

III. La différence des taches de la cornée ne repose pas seulement sur les qualités de l'exsudation, sur l'existence ou l'absence d'une cicatrice, mais elle dépend en outre de certaines métamorphoses du tissu de la cornée dans l'endroit où siégent ces taches, métamorphoses qui existent chez les uns et manquent chez les autres. L'exsudation peut être contenue dans un espace inter-lamellaire sans qu'il y ait altération de la texture ou de la structure des lames, et ne produire que l'extension, l'agrandissement de cet interstice, la compression des parois de ses cavités, et amener par là, à l'endroit où siége la tache, une disposition particulière qui peut détruire ou diminuer considérablement la transparence de la cornée. Dans les taches bleuâtres de la cornée, les lames sont un peu ramol-

lies et n'éprouvent pas d'autre altération. Dans la tache grise, non accompagnée de cicatrice, il n'y a pas de changement de structure ou de texture. Mais dans les autres cas, et dans des circonstances données, des lames ont éprouvé une métamorphose pathologique, et on y rencontre différentes altérations de texture et de structure que nous indiquerons plus spécialement. La disposition lamellaire a souvent tout à fait disparu ; les feuillets adhèrent entre eux et avec la substance pseudo-membraneuse de l'exsudation ; ils représentent une masse fibreuse, fibro-cartilagineuse, ou bien cartilagineuse, même en voie d'ossification, dans laquelle on trouve des points et des feuillets osseux. On doit diviser ces taches de la cornée en deux classes, selon qu'elles sont accompagnées de changements de tissu, ou que ces changements ne sont pas survenus.

IV. Nous venons de voir que les cicatrices méritent beaucoup d'attention par la différence, très-importante pour la pathogénie, qu'elles apportent dans les taches de la cornée. Les taches accompagnées de cicatrices sont, dans l'étendue de plus de la moitié de leur diamètre, le résultat d'une exsudation inflammatoire ; l'autre moitié est le produit d'un processus de formation morbide, tout à fait différent du processus de cicatrisation. Ceci a lieu surtout dans les taches que l'on rencontre aux endroits de la cornée où existaient antérieurement des collections purulentes plus ou moins grandes, disposées en abcès, dont le liquide n'a pu être évacué extérieurement à la surface de la cornée, ni intérieurement en passant dans la chambre antérieure, et dont la résorption n'a enlevé qu'une partie, tandis que le reste est devenu solide : par là l'abcès a été isolé et a fourni un noyau purulent qui est resté enfermé sous forme d'exsudation et a détruit la transparence de la cornée dans le lieu qu'il occupe. On ne peut douter que ce ne soit de cette manière que se forment quelques taches de la cornée, qui sont ainsi tout à fait différentes des autres.

V. Quelques taches de la cornée dépendent du dérangement des parties qui forment la chambre antérieure, et particulièrement du changement de position de l'iris. Cette membrane peut *adhérer*, par une surface plus ou moins étendue, avec la cornée à l'endroit de la tache ; la chambre antérieure éprouve par là une diminution de sa capacité, l'iris, une traction qui dérange sa position verticale, la pupille un rétrécissement, un changement de sa forme circulaire en un ovale allongé, pointu ; elle peut n'offrir alors qu'une fente de peu de largeur, différente à certains endroits ; elle peut même pré-

senter une oblitération complète. Dans d'autres taches de la cornée, on ne trouve pas de semblables complications. Ainsi on devra les diviser en taches de la cornée accompagnées ou non de synéchie antérieure. La tache bleuâtre existe sans cette dernière complication. Si l'on vient à l'y rencontrer, on doit la considérer comme un phénomène purement accidentel, qui n'a avec elle aucun lien pathogénétique. Dans la tache grise non accompagnée de cicatrice, on ne rencontre également jamais de synéchie antérieure : quand elle est accompagnée de cicatrice, cette synéchie n'existe qu'à un faible degré, alors qu'elle dépend d'une plaie pénétrante de la cornée ou d'un ulcère perforant, avec procidence de l'iris dans les deux cas, et lorsqu'après une rétraction lente et graduelle, ou la chute de la partie proéminente qui s'est gangrenée, l'iris a contracté une adhérence avec la plaie ou l'ulcère de la cornée. Dans la tache blanche, la synéchie se montre très-fréquente et très-étendue. Elle peut aller jusqu'à l'oblitération complète ou presque complète de la chambre antérieure, cas auquel la pupille est totalement fermée. Mais ici une perforation traumatique ou ulcéreuse de la cornée, et un grand prolapsus de l'iris, doivent aussi précéder la formation de la tache. Si la chose n'a pas lieu de cette manière, si la tache blanche de la cornée est la suite d'une forte exsudation interlamellaire occasionnée par une inflammation étendue et qui s'est coagulée, ou bien la suite d'un abcès isolé de la cornée, ne pouvant s'épancher au-dedans ni audehors, alors on conçoit que la tache blanche la plus épaisse et la plus étendue puisse exister sans synéchie antérieure et sans nuire à l'intégrité de la chambre antérieure. C'est ce qu'on observe même quand l'abcès se livre un passage vers l'intérieur ou vers l'extérieur, mais pas dans les deux directions en même temps, de manière à ne pas déterminer la perforation de la cornée ou la procidence de l'iris. C'est dans de telles circonstances, ou après un hypopion qui est la suite d'un abcès de la cornée, qui s'est ouvert vers l'intérieur, que la tache blanche s'organise, mais sans synéchie antérieure. Il faut donc considérer comme une loi de formation des taches de la cornée avec synéchie antérieure, que ces taches sont le résultat de métamorphoses pathologiques de la cornée, qui sont liées à la perforation mécanique ou ulcéreuse.

(La suite au prochain numéro.)

—

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX RUSSES.

Archive der Gesellschaft correspondirender Aerzte zu St-Petersburg.

Guérison d'une diplopie; par le docteur MICKWITZ. — Un jeune homme de 20 ans avait fait une course de 20 verstes (plus de 4 1/2 lieues de France) en moins de 2 heures, par une obscurité profonde, et ses yeux avaient été fatigués par le soin d'éviter les obstacles. Le lendemain, il fut pris d'une diplopie qui cessait dès que l'un des deux yeux était tenu fermé. L'œil gauche souffrait de constriction, et la conjonctive en était rouge ; il n'existait aucune autre « *anormalité*. » L'auteur considéra le mal comme de nature congestive, et le combattit par des sangsues, des purgatifs et un vésicatoire à la nuque. N'obtenant aucune amélioration, il fit appliquer un petit vésicatoire à chaque tempe, et après trois jours, la diplopie cessa. « Rust, dit M. Mickwitz en terminant, vante cette méthode comme sûre, et le cas que je viens de rapporter confirme son efficacité. » Ne peut-on pas conclure de l'action de ce vésicatoire, et de l'inutilité des autres moyens, que la diplopie n'avait pas pour cause, comme le dit l'auteur, « un changement dans la perceptivité de la rétine, » mais dans les parties qui reçoivent des filets de la cinquième paire ?

Medicinische Zeitung Russlands.

Du traitement de la blépharophthalmie purulente à l'hôpital Uiasdow, à Varsovie; par le docteur VON MACAZINER. — Les yeux ayant été nettoyés, on y insuffle de 3 à 4 grains de calomel. Si immédiatement après cette insufflation les paupières se tuméfient et deviennent le siége d'une inflammation érysipélateuse, on place un gâteau d'ouate, épais de 1/2 pouce, qui recouvre 1/4 de pouce du rebord orbitaire, et on le fixe par un léger tour de bande. Le soir, on nettoye les yeux, et on revient à l'insufflation. A l'intérieur, il est donné un laxatif composé de calomel et de jalap. Le régime est antiphlogistique : dans les cas les plus intenses, chez des sujets sanguins et pléthoriques, une saignée est pratiquée. Il n'est pas fait usage de

sangsues. Des ventouses scarifiées sont appliquées à la nuque, et leur plaie recouverte d'un emplâtre stibié. — Les malades sont placés dans une chambre modérément obscurcie ; ils ne peuvent pas se coucher après les repas.— Le résultat est souvent très-surprenant : parfois tous les symptômes s'évanouissent dans l'espace de huit à quinze jours, *sans laisser de granulations conjonctivales*. Dans les cas de ramollissement ou d'ulcération de la cornée, il est placé sur les paupières des compresses légères, imbibées d'une solution d'un gros de pierre infernale sur une once d'eau. Dès que ces compresses sont séchées, on en place d'autres. L'eschare que détermine l'application des compresses se forme très-promptement ; lorsqu'elle tombe après 4 ou 8 jours, on réapplique les compresses imbibées de solution argentique. La solution de pierre infernale n'est employée par l'auteur que dans les cas chroniques (1 à 8 grains sur ℥j d'eau); en pommade, il prescrit le sel d'argent à la dose de 1 grain sur 1 gros d'axonge, avec 12 gouttes d'acétate de plomb liquide (1). Il alterne l'emploi du sel argentique avec l'usage du sulfate de cuivre ou du précipité rouge.

JOURNAUX ALLEMANDS.

Allgemeine Zeitung für Militairärzte.

Exposé de l'ophthalmie épidémique contagieuse qui a régné en 1842 et 1843 *parmi les troupes de la garnison de Posen* ; par le docteur Trusen. — Le chiffre des soldats atteints de maux d'yeux augmentait à Posen depuis quelques années, principalement depuis que l'on a bâti une caserne dans le fort Winiari. En 1842, les ophthalmies, « qui étaient jusque-là simplement catarrhales, revêtirent le caractère contagieux. » Le nombre des militaires affectés fut de 460 en 1842 et de 270 en 1843. L'épidémie commença à se ralentir dans le quatrième trimestre de cette dernière année. Cette ophthalmie n'a pas toujours été très-grave : elle avait pour la plupart du temps un caractère marqué de bénignité. Dans les cas légers, l'auteur s'est servi d'un collyre ainsi composé : *Sucre de saturne*, 1/2 gros; *eau distillée*, 4 onces; *liqueur de potasse caustique* (préparée avec 5 gr.),

(1) Ce collyre, mal formulé, donne naissance à un acétate d'argent insoluble.

1 scrupule ; *eau d'amandes amères*, 2 gros (1). — Dans les cas plus graves, il a eu recours à la saignée, aux *laxatifs antiphlogistiques* (calomel avec jalap) ; dans presque tous les cas, il a été fait usage de pommades au précipité, du nitrate d'argent comme caustique ou en pommade (cette dernière selon la formule de Guthrie), du sulfate de cuivre, etc.

Journal für die Chirurgie u. Augenheilkunde.

(Extrait par le docteur Ch. J. De Moor, d'Alost.)

De l'usage des collyres métalliques, dans ses rapports avec la doctrine homœopathique ; par le docteur Fischer, conseiller médical, etc., à Erfurt. — Les préparations métalliques forment dans la thérapeutique locale des maladies des yeux une série de moyens tout particuliers, dont le mode d'action s'éloigne manifestement de celui des autres remèdes employés dans le traitement des ophthalmies. Ils ont une action tellement distincte, *sui generis*, qu'il existe à peine une espèce d'ophthalmie dans laquelle on puisse s'en passer : quelques-uns même peuvent être envisagés comme des spécifiques ; et quiconque méconnaît leurs effets héroïques se privera des ressources les plus importantes dans ces maladies. Il se rencontre aussi des cas dans lesquels aucune autre médication ne peut les remplacer.

. . . .

Comme les systèmes, certains médicaments ont été en vogue pendant un certain laps de temps, jusqu'à ce que d'autres soient venus les remplacer. Il n'en a pas été de même des remèdes métalliques dans les inflammations des yeux ; ils ont constamment marché de pair avec les systèmes et les divers autres moyens anti-ophthalmiques : leur existence n'a point été éphémère ; on leur a reconnu une grande efficacité dès les temps les plus reculés, et à l'époque d'Hippocrate ils étaient déjà en usage dans les inflammations oculaires, et cela avec un avantage signalé. . . . .

Les remèdes métalliques agissent de deux manières sur l'œil enflammé : tantôt comme irritant, excitant passager, tantôt en régularisant les sécrétions : quelques-uns jouissent de ces deux propriétés. C'est à cause de cela que les sels métalliques conviennent dans le

(1) Dans ce collyre, mal formulé, l'oxyde de plomb est précipité, et il se forme un acétate de potasse qui devient la partie agissante du collyre.

stade chronique de l'ophthalmie, soit en instillations sous forme de solution concentrée, ou en fomentations chaudes, dissous dans l'eau. On peut attribuer à plusieurs d'entre eux, et en particulier au sulfate de zinc en solution, un effet spécifique dans l'ophthalmie ulcéreuse; il rend tant de services, que le vitriol blanc figure parmi les remèdes populaires le plus en renom. Le vulgaire lui donne le nom d'*Augenlicht* (*lumière des yeux*, ou *qui éclaircit la vue*).

Quand, à l'exemple de Scarpa, de Richter et d'autres autorités, nous employons méthodiquement le chaud humide (les cataplasmes émollients, résolutifs) dans le stade actif de la maladie, il est rationnel de soutenir l'action des remèdes métalliques sous forme d'onguent, dans le stade chronique de l'ophthalmie, par une chaleur sèche et même aromatique. Ici s'observe une différence notable dans le traitement externe des autres parties extérieures et celui de l'œil. Dans les ophthalmies, on ne cherchera jamais à favoriser la suppuration; tous nos efforts tendront à en obtenir la résolution. Dans d'autres inflammations, au contraire, on applique régulièrement, et dès le commencement, les fomentations froides pour les résoudre et prévenir l'engorgement, la rougeur et la douleur: on ne se sert de cataplasmes chauds que dans certaines circonstances seulement, et par exception, alors que la suppuration devient inévitable. Hippocrate et ses contemporains ordonnaient déjà des cataplasmes chauds dans les maux d'yeux, sans établir aucune différence dans les stades de l'ophthalmie. L'expérience leur avait peut-être appris que les fomentations froides étaient difficilement supportées, si ce n'est dans l'ophthalmie traumatique. . . . .

Bien que l'organe visuel, dans l'état sain aussi bien que dans l'état malade, envisagé comme une partie du tout, soit dépendant de l'état de l'ensemble de l'organisme, il doit cependant être considéré, sous le rapport de l'emploi des remèdes, et surtout des moyens locaux, comme un organe indépendant par lui-même, et il faut qu'on le traite en conséquence; il y a même des cas dans lesquels le traitement local seul suffit. La sensibilité et l'irritabilité décident presque à elles seules si le traitement, dans les maladies inflammatoires, doit être plutôt local que général. Ainsi, dans l'iritis, par exemple, le traitement général ne peut être considéré que comme préparatoire, et c'est des moyens locaux qu'on doit attendre le plus grand bien. L'oblitération de la pupille, la cécité complète, ne peuvent être combattues que par un traitement local énergique, et jamais par des médicaments internes seuls, ou par des *globules*.

Un traitement irrationnel ou d'autres négligences affectent l'œil morbidement, sans que l'ensemble de l'organisme en ressente la moindre atteinte. La cataracte, l'amaurose, le leucoma et plusieurs autres affections de l'œil, sont souvent des formes morbides indépendantes. Bien des inflammations oculaires sont consensuelles au début, et deviennent dans la suite purement locales. . . . . .

Avant d'en venir à l'administration des remèdes métalliques dans une maladie, une inflammation de l'œil, on doit toujours procéder à l'examen de l'état morbide général et prendre les mesures nécessaires pour le combattre. L'âge, la constitution, l'irritabilité, les influences épidémiques, etc., sont de haute importance ; mais il est au plus haut point essentiel de bien apprécier les symptômes locaux. Ainsi, la rougeur des yeux, dans les diverses inflammations, diffère beaucoup : elle est pâle, foncée, violette, briquetée, de sorte que ce n'est que l'expérience longtemps continuée sur le cadavre qui développe ce fond pratique pour bien juger des symptômes locaux ; lui seul nous donne des règles exactes pour les traiter convenablement, quand l'expérience est basée sur de bonnes connaissances pathologiques et pharmacologiques. Il arrive aussi que des remèdes populaires purement empiriques viennent accroître, à cause de leur efficacité manifeste, l'arsenal pharmaceutique du médecin ; mais il n'est pas dit, toutefois, qu'il n'existe pas dans la matière médicale d'autres moyens qui pourraient les remplacer. Il faut remarquer ici que tous les moyens vulgaires n'ont point une origine purement empirique, surtout quand il s'agit de remèdes chimiques ou de certaines compositions. . . . .

Les remèdes métalliques ne conviennent pas dans les ophthalmies caractérisées par un haut degré de sensibilité, par exemple dans celles qui surviennent pendant et après la rougeole, tandis qu'ils sont indiqués dans les cas où il existe peu d'irritabilité ; on en observe même qui semblent se trouver en dehors de leur influence. Nous avons obtenu peu ou point d'effet de leur usage dans l'ophthalmie contagieuse de mauvais caractère. Cette maladie résiste à tous les remèdes et s'aggrave jusqu'à ce que l'œil soit totalement désorganisé. Dans de telles affections presque incurables, il serait certainement permis de rechercher de nouveaux moyens curatifs. Les ophthalmies actives n'admettent point les remèdes métalliques dans le premier stade ; tout au plus peut-on se servir d'une petite quantité d'acétate de plomb très-étendu dans un véhicule mucilagineux. D'ailleurs, ce n'est pas ici le lieu de rechercher les indications et les contre-indications

à l'emploi des remèdes métalliques dans les inflammations oculaires. Cette matière trouve plutôt sa place dans des ouvrages classiques de thérapeutique ophthalmologique, écrits ordinairement par des autorités qui se sont longtemps occupées du traitement des maladies des yeux.

Il n'est point nécessaire de rappeler qu'il ne s'agit ici que de l'ophthalmie proprement dite, et non de l'inflammation du globe de l'œil ou de quelques-unes de ses parties, telles que le cristallin, l'iris, etc., quoique les circonstances décident aussi de l'usage extérieur des remèdes métalliques dans ces inflammations, par exemple l'onguent napolitain en frictions, et que très-souvent les parties plus nobles de l'intérieur de l'œil s'affectent simultanément.

Les métaux dont on s'est servi jusqu'ici dans les ophthalmies sont l'*argent*, le *mercure*, le *zinc*, le *cuivre* et le *plomb*, combinés avec des acides, comme *sels*, ou comme *oxydes*. L'*oxyde* de fer, dont se servait Celse dans les ophthalmies, et l'or, n'ont point été, pour autant que je sache, mis en usage à l'extérieur... Nous pouvons nous en passer, car les médicaments que nous employons dans les nombreuses inflammations des yeux, où ils conviennent, nous conduisent toujours à notre but. Mais, hélas! il arrive souvent qu'on cherche de nouveaux trésors avant qu'on ait pu convenablement utiliser les anciens. Très-souvent un remède employé produit un effet inattendu, trop violent ou trop faible; la cause en réside fréquemment dans le malade lui-même, qui s'en sert irrégulièrement, et c'est pour ce motif que le médecin, en le prescrivant, ne peut jamais être trop minutieux.

Les oxydes s'emploient secs ou incorporés dans de la graisse, en frictions, ou introduits, à l'aide d'un pinceau, entre le globe et les paupières. Leur activité dépend surtout de la division mécanique à laquelle ils ont été soumis; de sorte que plusieurs oxydes qui ont été préparés avec de l'eau doivent encore être soumis à l'alcool, afin d'étendre davange leur action; ce à quoi n'atteint jamais la trituration sèche dans le mortier. Cette opération changera ainsi le rapport d'irritation; car plus un oxyde est réduit en poudre fine, plus il agit en irritant, et plus facilement il est absorbé par les surfaces malades de l'œil. Ceci a plus fréquemment lieu avec les sels métalliques qui se mélangent plus intimement avec les liquides sécrétés de l'œil. Le rapport d'irritation de ces sels s'établit, d'après mon expérience, de la manière suivante : *acétate de plomb*, *sulfate de zinc*, *sulfate de cuivre*, *nitrate d'argent*, *sublimé corrosif*. Leur action dépend surtout de la quantité d'eau dans laquelle on les dissout. Il ne

s'agit ici que du degré d'irritation propre : c'est pour cela qu'on établi en règle générale de tenir soigneusement compte du degré d'irritabilité de l'œil quand on veut administrer les sels métalliques dans les inflammations de cet organe. Quoique le stade chronique, même de l'ophthalmie morbilleuse, ne supporte point généralement les sels métalliques, on peut déjà s'en servir avec avantage dans le deuxième stade, et quelquefois même dans le premier, des inflammations syphilitiques et des nouveau-nés ; le sublimé, à la dose de 1/4 à 1/2 grain par once d'eau, constitue spécialement un remède souverain dans cette dernière affection. On doit éviter l'usage du nitrate d'argent, parce qu'il noircit la peau, et qu'on peut très-bien le remplacer par le sublimé, qui est d'une efficacité supérieure. Les solutions des sels métalliques ne s'emploient d'ailleurs que dans le stade chronique des ophthalmies; on les tiédit de manière que leur contact n'affecte point désagréablement l'œil, car il est démontré que les liquides froids aggravent en général le mal dans les cas où les métaux conviennent. Pour relever l'effet des solutions métalliques dans les ophthalmies négligées et de longue durée, on les mélange très - avantageusement avec le tanin. Nous sommes souvent parvenu à guérir radicalement, avec une solution concentrée de sulfate de zinc, ʒ ß-j dans une décoction saturée d'écorce de chêne ℥vj, et sans aucun médicament interne, des ophthalmies habituelles dans lesquelles les paupières inférieures étaient déjà extroversées. Quand les cas chroniques légers et les circonstances réclament ces solutions en instillations dans l'œil, on doit les prescrire concentrées, et y ajouter une forte quantité d'opium ; car leur action est trop passagère, d'autant plus que la chaleur y manque, que le liquide n'entre en contact qu'avec quelques points isolés de l'œil, et que l'afflux des larmes atténue le remède.

Les oxydes employés secs, sous forme d'onguent, ou mélangés avec de la salive, sont aussi éliminés en partie par les larmes ; cependant nous ferons observer qu'ils possèdent une puissance spécifique qui régularise et améliore les sécrétions. Ils décomposent en partie le virus morbide, et c'est ici que les oxydes mercuriels occupent le premier rang. Les oxydes de plomb et de zinc ont un caractère plutôt tonique qu'astringent. Les premiers, combinés avec l'opium, adoucissent le principe âcre, caustique, de l'oxyde de mercure, et en particulier celui du précipité rouge ; ce qui nous engage à ajouter à ce dernier une petite quantité de carbonate de plomb.

Nous avons fait plus haut la remarque que les oxydes mercuriels n'ont que peu ou point d'effet dans l'ophthalmie dite égyptienne.

Comme il arrive assez souvent que des épidémies de mauvaise nature, alors qu'elles ont déjà totalement cessé, communiquent ce mauvais caractère à certains genres de maladies, de même aussi une inflammation contagieuse, mais de meilleur caractère, que nous observons encore tous les jours, s'est bientôt déclarée après la disparition de cette fameuse ophthalmie dans laquelle l'oxyde de mercure ne nous a rendu aucun secours. La même chose s'est passée ailleurs, et à Berlin, par exemple, on a été obligé d'évacuer toute une maison d'orphelines, parce que les remèdes indiqués ne répondaient nullement à l'attente, nonobstant la grande circonspection et les soins minutieux avec lesquels on les administrait. Nous savons que dans cette maladie il se déclare inopinément, et contre toute attente, un état actif dans lequel on est forcé d'écarter tous les remèdes irritants, même les mercuriaux, pour recourir aux fomentations chaudes, relâchantes, et aux évacuations sanguines, selon les circonstances. Qu'on emploie les sels ou les oxydes, partout il faut faire ajouter de l'opium; par lui-même il tend à résoudre l'inflammation, il émousse le principe âcre, caustique, de l'oxyde de mercure, et apaise les douleurs. En laissant évaporer jusqu'à moitié le laudanum de Sydenham, on n'en éloigne pas seulement le principe irritant spiritueux, qui se repand dans l'air, mais sous cette forme il se mélange encore mieux avec la graisse; de sorte qu'il convient là où il est nécessaire de diminuer l'effet irritant de l'oxyde. Si les indications l'exigent, on fait mélanger ces préparations avec de la salive, pour en frotter les bords des paupières ou leur face interne; ce qui en favorise l'absorption et les rend plus actives. Par l'emploi de ce mélange on obtiendra une action très-salutaire, surtout dans les ophthalmies chroniques. L'onguent jaune, composé de nitrate de mercure et de graisse, est un remède souverain dans l'herpès des paupières; son efficacité ne se dément *jamais*. Si cette maladie est négligée, les cils se prennent bientôt, et il survient une espèce de plique des bords des paupières, qu'on doit tâcher d'éloigner par des fomentation chaudes de sublimé et d'eau, avant d'y appliquer l'onguent.

La puissance irritante des oxydes varie beaucoup et se produit à peu près dans la progression suivante : *carbonate de plomb*, *oxydé de zinc*, *oxyde de mercure* (qu'on obtient en secouant tout bonnement le mercure), le mercure soluble de Hahnemann, le calomel considéré comme oxyde, les précipités blanc et rouge. Je n'ai jamais employé le sublimé en onguent dans les ophthalmies.

Nous devons noter que l'incorporation d'oxydes dans la graisse

forme des onguents anti-ophthalmiques qui ne peuvent se conserver au delà de huit jours, parce qu'ils se décomposent très-facilement et perdent alors en grande partie leurs vertus. Il résulte des expériences du chimiste Bilz qu'il se forme alors un acide gras qui dissout en partie le métal, surtout en été, ou en hiver, quand l'onguent est conservé dans un appartement chaud. On ne se servira donc pas, dans les maladies des yeux, de l'onguent de zinc, du précipité blanc ou rouge de nos pharmacies ; on ferait aussi très-bien de biffer ces préparations du Codex. Comme les solutions des sels métalliques doivent, en général, s'employer tièdes, on favorisera singulièrement l'action de ces onguents en appliquant de suite sur les parties enduites une compresse chaude, ou, mieux encore, un sachet d'herbes chauffé.

Nulle affection locale, alors même qu'elle serait compliquée de souffrances générales, ne réclame un traitement local plus prompt et plus énergique que l'ophthalmie, à l'exception des cas aigus légers, qui guérissent par les seules forces de la nature ; on ne peut certes attendre plus de bien que de l'éloignement de la cause prochaine et qu'en faisant disparaître les âcretés et autres complications. Il faut que le traitement général, lorsqu'il est indiqué, diminue ou augmente l'irritation locale, détruise le virus morbide, et prévienne le trouble des milieux réfringents de l'œil, l'occlusion de la pupille, etc. ; autrement les secours généraux seraient appliqués trop tard. Si le traitement ne produit point les résultats qu'on a droit d'en attendre, cela ne dépend pas toujours de l'inefficacité des moyens, mais bien aussi quelquefois du préjugé qu'il y a des remèdes pour chaque maladie, et parce qu'il se rencontre, parmi tant d'autres maladies, des ophthalmies qui, comme la contagieuse par exemple, sont jusqu'ici restées au-dessus des ressources de l'art. Un médecin qui n'a pas acquis une connaissance exacte de la grande efficacité des remèdes métalliques dans les inflammations des yeux, est privé de bien des ressources dans le traitement de ces affections ; il n'atteindra qu'incomplètement son but, et dans bon nombre de cas il ne pourra guérir ses malades.

Note du traducteur. — J'ai reproduit textuellement, sauf quelques longueurs, la première partie du mémoire du docteur Fischer, sans relever ni les omissions qu'il a commises, ni ses vues parfois erronées, in les incompatibilités chimiques de la plupart des prescriptions qu'il recommande. Aucune de ces imperfections n'aura échappé aux lecteurs des *Annales d'Oculistique*. Pour ce qui est des in-

compatibilités chimiques, il est difficile de comprendre que l'auteur allemand n'ait tenu aucun compte des recherches de M. Cunier sur les accidents qui en sont le résultat; ces recherches, vérifiées par les ophthalmologues les plus compétents, ont reçu cependant, de l'autre côté du Rhin, une publicité trop large pour n'être pas parvenues jusqu'à M. Fischer.

Dans la seconde partie de son mémoire, notre confrère abandonne en quelque sorte son sujet pour attaquer l'homœopathie et ses partisans. Je n'y ai trouvé que des raisonnements sans base, une critique injuste et même passionnée. On serait en quelque sorte tenté de croire que l'envie et le dépit ont guidé l'auteur. Je ne saurais me décider à le suivre sur le terrain où il s'est placé; rien ne n'eût été plus aisé que de démontrer que notre confrère ne s'est guère occupé de l'étude de la doctrine qu'il condamne, et dont il paraît même ignorer les notions fondamentales. Je ne peux cependant m'abstenir d'opposer des faits à sa principale proposition, à savoir : « *que l'homœopathie, loin de guérir les ophthalmies, les aggrave au contraire*; » c'est ce dont je m'occuperai dans un prochain article.

Dr Ch. J. De Moor.

Siebenbaar's Magasin für die Staatsarzneikunde.

De la valeur du gaz employé pour l'éclairage des salles d'école; par le docteur Siebenbaar. — L'auteur, médecin de district à Dresde, est chargé en cette qualité de la surveillance de la police médicale et de l'examen des questions relatives à l'hygiène publique. Pendant l'hiver de 1843, une lettre anonyme lui fut adressée pour le prier de vouloir bien s'assurer si le gaz, dont on se servait pour l'éclairage dans une institution privée, avait réellement pour effet de nuire aux yeux des élèves. M. Siebenbaar se livra à l'examen des salles de cette institution, interrogea les élèves, et sa conclusion fut que « le gaz peut être employé pour l'éclairage des salles d'école, « pourvu que l'on ait la précaution de garantir les yeux contre l'action « excessive de la lumière, au moyen de préparations convenable- « ment disposées, ce qui est réalisé en entourant la lumière (*durch « Umschirmung des Lichtes*). » — L'auteur de la lettre anonyme est un homme bien difficile s'il ne s'est pas contenté de la réponse de M. Siebenbaar.

Du baptême administré prématurément dans les églises, considéré comme la cause la plus commune de la blépharophthalmie des nouveau-nés ; par le professeur RITTERICH, de Leipzig. —Weller a avancé, (20ste *Nachricht von der Wirksamkheit der zu Dresden bestehende Augenkranken-Heil-und Unterstützungsvereins*, p.47,) que la grande fréquence de la cécité incurable chez les nouveau-nés était surtout due au refroidissement qui est la suite de l'habitude qu'ont les gens des classes pauvres de porter leurs enfants à l'église avant le huitième jour, à l'effet de leur faire administrer le baptême. Le ministre de l'intérieur et des cultes du royaume de Saxe a invité MM. les docteurs Ritterich et Schmalz à examiner cette question et à lui faire connaître les arguments et observations qui confirmeraient ou infirmeraient l'opinion de Weller.

M. Ritterich est d'un avis contraire à M. Weller ; il se fonde :

1° Sur ce que l'ophthalmie des nouveau-nés est loin d'être plus rare dans les villes qu'à la campagne, où l'on doit faire le plus souvent un long trajet pour porter les enfants à l'église ;

2° Sur ce qu'elle se manifeste surtout dans les maisons d'accouchements et les hospices d'enfants trouvés, où le baptême est donné dans l'établissement, et où les enfants ne sont, en général, portés au-dehors qu'après huit ou quinze jours.

D'après M. Ritterich, la cause de cette maladie « réside dans la « transmission *(Uebertragung)* de la mère à l'enfant ; l'air humide « des chambres et la mauvaise direction des soins donnés à l'en- « fant pendant les premiers jours de la vie, y prédisposent. »

La mère *transmet*.... M. Ritterich ne nous dit pas *quoi*. Suppose-t-il que la mère doit être affectée d'ophthalmie pour que son nouveau-né soit pris de blennorrhée oculaire ? ou bien entend-il parler de la *transmission* du flux vaginal existant au moment de la parturition ?.....

Considérations sur les causes, la nature et la prophylaxie de l'ophthalmie des nouveau-nés ; par le docteur SCHMALZ. — L'auteur rejette aussi l'opinion de Weller. Se fondant sur une expérience de 44 ans, il rapporte la cause du mal à l'infection de l'enfant, au moment de la naissance, par la matière de la leucorrhée de la mère. Il a toujours vu les premiers symptômes se manifester dès le troisième ou le quatrième jour de la naissance, et communément avant la cérémonie du baptême. M. Schmalz rappelle le soin que l'on a d'envelopper con-

venablement les nouveau-nés que l'on porte à l'église, et il rejette absolument l'idée que ce trajet soit une cause ordinaire de refroidissement.

Il divise l'ophthalmie des nouveau-nés en *maligne* et en *bénigne*, distinction admise pour la leucorrhée. Le meilleur moyen de restreindre les cas de cette affection oculaire, serait, selon lui, d'appeler sérieusement l'attention des accoucheurs sur la véritable étiologie et sur les caractères du mal.

Tout ce qu'exprime M. Schmalz a été dit par nous dès 1840 (*Annales d'Oculistique*, vol. III, p. 215); nous nous sommes appuyé à la fois sur notre expérience et sur l'observation de M. Cederschjöld, de Stockholm : les faits que nous avons notés depuis lors nous ont de plus en plus confirmé dans l'opinion que nous avons fait connaître il y a six ans.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Mélanges de Chirurgie, ou *Histoire médico-chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon, depuis sa fondation jusqu'à nos jours, avec l'histoire spéciale de la syphilis dans cet hospice, et le compte-rendu de la pratique chirurgicale de cet hôpital pendant six années*, 1838-1843 ; par J. E. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur à l'École de médecine de la même ville, membre titulaire de la Société de médecine de Lyon, correspondant de l'Académie royale de médecine de Belgique, etc., etc. — Paris, 1845, J. B. Baillière, 8°, pp. VIII-502.

La première partie de ce livre est consacrée à l'histoire de l'art,— mœurs et science,— dans la ville de Lyon. « Suivre la médecine et la chirurgie à Lyon, dans leurs vicissitudes à travers le moyen âge et la renaissance ; esquisser leurs rapports et leurs querelles, leur décadence et leur réhabilitation ; peindre, en un mot, la société scientifique de ces époques avec sa législation et ses priviléges, ses coutumes et ses préjugés ; puis, rechercher le rôle de l'Hôtel-Dieu dans le mouvement de l'art à Lyon et en France ; faire voir ses destinées liées à celles de la ville et complétant leur histoire l'une par l'autre ; établir la généalogie, jusqu'ici inconnue, de ses chirurgiens en regard de ses médecins ; signaler leur belle conduite dans les épidémies ; enfin, faire connaître l'origine et le perfectionnement du

majorat ; » telle a été la tâche que s'est imposée l'auteur. Cette lacune dans l'histoire de la science, il l'a comblée avec ce talent, cette patience de recherches, cet excellent esprit d'analyse que nos lecteurs lui connaissent.

Les vieilles archives de l'Hôtel-Dieu de Lyon ont été ouvertes à M. Pétrequin. On voit à chaque page que ce n'est pas en vain qu'il y a fouillé ; aussi doit-il être fier des découvertes qu'il y a faites. Son œuvre, écrite en grande partie d'après des manuscrits encore inexploités, fournira désormais aux biographes des matériaux qui leur permettront de payer à plus d'un ancien membre du corps médical lyonnais un juste et tardif tribut d'admiration et de reconnaissance.

Nous regrettons de ne pouvoir suivre l'auteur dans ses développements historiques, qu'il a su rendre à la fois si attrayants et si instructifs au double point de vue de la littérature et de la science. Nous nous bornerons à dire que l'oculistique lui saura une vive gratitude pour le soin qu'il a pris de faire connaître les travaux des savants lyonnais qui ont imprimé tant et de si importants progrès à cette spécialité.

La seconde partie du livre est intitulée : *Compte-rendu de la pratique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon.* M. Pétrequin y expose les opérations principales qu'il a pratiquées, modifiées ou inventées pendant les six premières années de son exercice dans cet hôpital. Partout on le voit ajouter à la pratique opératoire quelque donnée positive, quelque sage et utile précepte d'application. Nous n'avons à nous occuper ici que de la chirurgie oculaire.

Une opération autrefois en usage, puis tombée dans l'oubli, celle qui a pour but de remédier au strabisme, a été remise en vigueur dans ces dernières années. Sa valeur, aux yeux de quelques-uns, est encore douteuse. Dans un voyage fait à Paris en 1840-41, pour étudier les progrès récents de la chirurgie, il a été donné à M. Pétrequin de voir et de comparer tous les opérateurs ; cet examen, dont il a publié la relation dans nos *Annales* (vol. IV, p. 256), l'a conduit à une méthode mixte (*Ann.*, *l. c.*, p. 269) dont les résultats ont été très-heureux : sur 55 à 60 opérations, il n'a pas compté de non-réussite. — M. Pétrequin range les causes d'insuccès en deux catégories : 1° parmi les insuccès *primitifs*, les uns tiennent au mode opératoire : souvent, outre le muscle, il faut diviser avec la gaîne les filaments qui le suppléent ; il peut même arriver que l'œil strabique se redresse au moment de la myotomie sans que la section soit complète ;

quelques minutes plus tard, parfois seulement le lendemain ou le surlendemain, la déviation, en se reproduisant, vient signaler l'imperfection de la manœuvre.—Une autre cause se rattache à un défaut de diagnostic ; il faut distinguer le strabisme convergent, dû à la paralysie du muscle droit externe, de celui qui a pour cause la contracture du droit interne (voir dans nos *Annales* le mémoire cité plus haut). — Pour l'étude des insuccès *consécutifs*, il faut comprendre que la myotomie oculaire n'est qu'une partie du problème : en effet, non-seulement l'œil est dévié, mais le plus souvent la vision est altérée ; il faut donc agir à la fois sur la motilité et sur la sensibilité organique. C'est là ce que nous avons, dès l'abord, établi. Nous aurions été heureux de voir l'auteur nous laisser la propriété de cette loi : c'est bien nous, avant qui que ce soit, qui avons montré la nécessité de l'exercice orthophthalmique comme complément de la section musculaire.— M. Pétrequin établit trois espèces d'insuccès : 1) *persistance du strabisme*, due à ce que le débridement n'est pas en rapport avec le degré de déviation, à ce que le muscle ou la capsule fibreuse a été imparfaitement divisé ; 2) *strabisme en sens opposé*, — *permanent* si le débridement a été trop étendu, — *temporaire*, par suite d'éréthisme nerveux ; 3) — *retour du strabisme* : *primitif*, il se rattache au mode opératoire ;—*consécutif*, il tient au manque d'exercice orthophthalmique. L'auteur a négligé de s'occuper ici de la nécessité de diviser parfois, dans le strabisme convergent, le droit interne de chaque œil : nous renvoyons à ce sujet à la note que nous avons publiée dans notre volume V, p. 135.

Après la strabotomie, M. Pétrequin s'occupe de l'*opération de la cataracte*. L'extraction et l'abaissement ont été expérimentés par lui ; il a obtenu les résultats les plus favorables par cette dernière méthode. Nos lecteurs connaissent le mode de procéder de l'auteur dans l'extraction (*Annales d'Oculistique*, vol. VI, pp. 193 et 241) ; le plus ordinairement c'est à l'abaissement, seul ou combiné avec le broiement, qu'il a recours. — Dans l'extraction, M. Pétrequin se place derrière le malade pour opérer l'œil droit ; il fixe l'œil comme dans la strabotomie : il rappelle à cette occasion que c'est à tort que M. Malgaigne a proclamé nouveau le précepte de se placer derrière le malade pour l'opération de l'œil droit ; que Buzzi et Baratta, Montain, Scarpa, A. Bertrandi, Sharp, etc., ont recommandé et suivi cette conduite. Nous devons faire remarquer que la fixation du globe, telle que l'a recommandée M. Bonnet, n'appartient pas au chirurgien de Lyon, mais à un praticien allemand, le docteur Zang,

qui l'a fait connaître dès 1818 (voyez *Weller*, traduction de Riester, 2ᵉ volume, p. 299). — Dans l'abaissement, M. Pétrequin a fait les remarques pratiques suivantes : — En général, quand on déprime trop vivement le cristallin en le réclinant, on s'expose à le voir remonter ; le point déclive de ses adhérences résiste, simule une charnière, et le rappelle en son lieu par une élasticité des tissus. — Les tractions brusques qu'on exerce alors amènent souvent dans l'œil des désordres très-graves, qu'on peut éviter par l'abaissement en plusieurs mouvements. — M. Pétrequin est d'avis qu'il convient d'ouvrir la capsule : il a soutenu à ce sujet une polémique avec un oculiste parisien, dans notre premier volume (voir nᵒˢ 4 et 7). — Dans les cataractes adhérentes, M. Pétrequin suit « un procédé qui « consiste, non à couper les brides avec un tranchant qui ne peut « agir sur elles (car la résistance de leur tissu et la mobilité des par- « ties annexes s'y opposent), mais à les détruire par des ponctions « successives. Il a fait construire dans ce but une aiguille spéciale. « Il attaque tour à tour chaque bride avec la pointe de la lame dont « les deux tranchants courbes sectionnent la production morbide « à mesure qu'on enfonce l'instrument. Le reste des adhérences se « déchire aisément, à moins qu'elles ne soient très-compactes. On « peut ensuite ébranler le cristallin ou le déprimer. »

Ce qui ne manquera pas de surprendre nos lecteurs, c'est qu'une seule opération de pupille artificielle ait été pratiquée dans le service de l'auteur, pendant une exercice de six années. — Il s'agit d'un malade qui avait perdu la vue à la suite d'une ophthalmie traumatique, et présentait une cataracte capsulo-lenticulaire adhérente, avec occlusion presque complète de la pupille. L'auteur, au lieu de recourir au procédé de Maunoir, ou à l'iridodyalise combinée avec l'abaissement, a préféré instituer trois opérations successives : ainsi, le 21 août, avec une aiguille introduite par la sclérotique, il a détruit la synéchie antérieure qui existait, puis il a attaqué la cataracte, et exécuté, en l'abaissant, une sorte de torsion sur l'iris par un mouvement en vrille, afin d'obtenir une division irienne sans effusion de sang. Il obtint ainsi une pupille petite, située en haut. — Le 20 septembre, « derrière « la pupille artificielle, il s'était formé une petite membrane blan- « châtre et opaque : M. P. la coupa avec une aiguille à deux tran- « chants ; puis roulant l'instrument sur la pointe qu'il tourna par « un mouvement de vrille, il procéda à l'abaissement qu'il pratiqua « en plusieurs temps. La pupille artificielle se trouva ainsi agrandie « et nettoyée. » — Le 1ᵉʳ octobre, la vision n'étant pas nette, M. Pétre-

quin attaqua l'opacité par des ponctions et des incisions multiples en écartant les débris qui en résultèrent. Dès lors l'amélioration fut progressive : le malade obtint une vue qui lui permit de se conduire, il distinguait les figures, *sans démêler les traits*, et reconnaissait les petits objets.— Bien certainement le procédé de Maunoir eût amené, dans ce cas, un résultat plus prompt et plus sûr, en même temps que beaucoup plus satisfaisant.

M. Pétrequin rappelle qu'il a été le premier, en France, à mettre en usage notre opération du *strabisme artificiel*, substitutif de la pupille artificielle.

Après avoir exposé les recherches qui l'ont conduit à établir les moyens de remédier aux adhérences vicieuses du globe avec les paupières (voir notre 3e volume supplémentaire), l'auteur étudie la valeur de l'opération du strabisme et son influence sur les progrès récents de la chirurgie, sujet qu'il a traité dans nos *Annales* (volume IV, p. 258) ; il rappelle la part qu'il a prise à l'application des sections musculaires au traitement de diverses affections (*kopiopie, amaurose, myopie)*.

On ne manquera pas de croire, en lisant le passage consacré à la section sous-cutanée de l'orbiculaire, — que nous avons le premier instituée dans l'entropion spasmodique ou musculaire ,— que c'est à l'auteur que revient le mérite de cette application de la chirurgie sous-cutanée; mais, dans sa communication à l'Institut de France, le 6 septembre 1841 (voir nos *Annales*, vol. V, p. 264), il a formellement reconnu nos droits d'antériorité.

Les dernières recherches oculistiques de l'auteur ont pour objet le staphylôme de l'iris ; il a décrit dans notre volume IV, page 128, l'excellente méthode à laquelle nous devons, comme lui, les succès les plus remarquables.

Dans un *appendice* qui termine le volume, M. Pétrequin fait connaître une innovation des plus importantes qu'il a introduite dans la chirurgie : il s'agit de la cure de certains anévrysmes, sans opération, au moyen de la galvano-puncture. Un des essais de la méthode a eu lieu dans un cas d'anévryame de l'artère ophthalmique et de l'origine de ses branches, avec exophthalmie. Le sujet était un jeune homme qui avait fait une chute sur le front, et chez qui il s'était manifesté, trois mois après, une tumeur de l'orbite offrant tous les caractères d'un anévrysme. Le mal empirant toujours, M. Pétrequin lia la carotide primitive, ce qui eut une apparence momentanée de succès. Les battements reparurent dès la deuxième

semaine. M. Pétrequin appliqua alors la galvano-puncture; mais cette expérimentation eut le grand inconvénient d'être la première de ses tentatives, et il n'eut qu'un espoir de peu de durée : malgré les soins qu'il y avait apportés, le procédé opératoire laissait encore beaucoup à désirer.

Notre analyse, écrite d'ailleurs à un point de vue spécial, est loin de donner une idée de l'œuvre de M. Pétrequin ; mais elle suffira, nous l'espérons, pour inspirer à nos lecteurs le désir de faire connaissance avec le livre lui-même. Ils y trouveront quelques chapitres qu'ils reliront plus d'une fois : nous mentionnerons surtout le passage consacré à démontrer l'utilité des comptes-rendus des cliniques dans les hôpitaux, et les quelques pages où l'auteur, traitant de la méthode et de l'application, s'occupe de la *préparation de l'opérateur et de l'opération*, expose les qualités que doit posséder l'homme de l'art, s'occupe du régime et du traitement des opérés, puis trace au chirurgien le programme de ses devoirs, lui montrant tout le parti qu'il peut tirer de la médecine morale et le rôle qui lui est réservé dans la bienfaisance des hôpitaux. F. C.

CHRONIQUE.

Bruxelles. — MM. les rédacteurs de la *Gazette médicale belge*, après avoir signalé dans leur n° du 8 février, la présence à Anvers de deux marchands de lunettes s'intitulant *oculistes-opticiens* (voir notre livraison de janvier, page 48), rappellent que nous avons attiré sur ce fait l'attention de la commission médicale provinciale ; puis ils ajoutent :

« A notre avis, cette recommandation ne suffit pas ; il y avait et il « y a encore un bel article à faire sur cette qualité illégale du titre d'opti- « cien-*oculiste*, ainsi que sur le danger attaché à leur système réactionnaire. « Nous engageons notre honorable confrère M. Cunier, à vouloir éclairer « les médecins et surtout le public sur cette exploitation nouvelle. » — Nous avons fait connaître, il y a deux ans déjà, dans notre volume XI (pages 57-193-187-236), les manœuvres employées par les opticiens ambulants : ce qui se passe aujourd'hui à Anvers et dans quelques autres villes, ne fait que confirmer ce que nous avons dit pour éclairer nos confrères et par eux le public. —Pour ce qui est de la qualité dont plusieurs de ces marchands s'affublent, en dépit des lois qui régissent l'art de guérir, nous n'avons fait que la signaler, pensant que nos commissions médicales ne manqueraient pas de dénoncer à l'autorité judiciaire les abus vraiment scandaleux qui se commettent tous les jours.

Bourges. — On lit dans la *Gazette du Berry* : « Le 31 janvier, M. le docteur Roux, appelé de Paris à Bourges auprès du fils aîné de Don Carlos (*le prince des Asturies*), l'a opéré d'une cataracte qui s'était déjà manifestée il y a quelques années. Tout annonce la plus heureuse issue. »

Bourges va se trouver ainsi débarrassée des oculistes ambulants qui venaient périodiquement y afficher leurs exploits, poursuivaient la famille proscrite de leurs offres de service, et usaient de tous les moyens imaginables pour les faire agréer.

ANNALES

D'OCULISTIQUE.

Tome XV. — 2e série. Tome 3me. — 3me livraison.
MARS 1846.

TRAVAUX ORIGINAUX.

NOTE SUR UNE TACHE DE LA CORNÉE, D'UN ASPECT PARTICULIER;

Par M. le professeur K.

(Extrait d'une lettre au docteur CUNIER.)

....Je profiterai de l'occasion pour vous entretenir d'une altération particulière de la cornée, qui vient de se présenter deux fois à l'observation dans mon hôpital.

Le premier malade sur lequel elle a été notée nous était arrivé par évacuation d'un autre hôpital. Un de ses yeux présentait une tache qui ressemblait exactement à deux morceaux de paille aplatie, longs de 3 à 4 lignes, juxta-posés, collés exactement sur la cornée, faisant corps avec cette membrane de manière à ne la dépasser en aucune façon, à ne former aucune éminence. Il n'existait pas la moindre vascularisation.

Cette tache ressemblait si exactement à un corps étranger, qu'à diverses reprises nous avons fait d'inutiles tentatives pour l'éloigner par l'instrument. Plusieurs médecins, entre autres un praticien allemand qui visitait en ce moment l'hôpital, partageaient cette opinion sur la nature de la tache.

Le malade ne savait à quoi assigner l'apparition de ce que présentait son œil; il nous apprit seulement qu'il avait été atteint d'ophthalmie purulente, dont il avait été guéri par la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent.

Quoi que nous ayons fait, cette tache n'a pas diminué d'étendue.

Le second malade nous a été envoyé pour être traité d'une con-

jonctivite qui, selon toute apparence, reconnaissait pour cause la présence d'un corps étranger entre les paupières.

Lors de l'examen de l'œil, nous trouvâmes entre les plis de la conjonctive de la paupière inférieure deux petites taches qui nous parurent être des corps étrangers que l'on pouvait considérer comme de la cendre de tabac.

De même que chez l'autre malade, on distinguait dans la cornée trois petites taches, d'un aspect jaune-grisâtre, qui semblaient être constituées par des corps étrangers; au reste, nul symptôme de kératite.

Le malade ne se rappelait pas qu'un corps étranger quelconque fût jamais entré dans son œil.

Toutes nos tentatives d'extraction sont demeurées sans résultat.

Il me serait agréable de connaître votre avis au sujet de l'affection que je viens de rencontrer. Il ne peut être ici question de corps étrangers fixés dans la cornée ; l'absence de toute inflammation en exclut l'idée.

RÉPONSE A LA PRÉCÉDENTE NOTE ;

Par M. Cunier.

Je me suis empressé de répondre à M. K., mon ancien maître, que la tache qu'il venait d'observer me paraissait constituer une incrustation due à l'usage d'un collyre métallique opiacé, employé en instillations ou en lotions, pendant le cours d'une ulcération kératique. J'ajoutais qu'un grand nombre de fois déjà j'avais rencontré des taches offrant les mêmes caractères. J'en ai parlé en ces termes dans mon *Mémoire sur le danger de l'emploi de quelques collyres mal formulés ou mal préparés, dans les cas d'ulcération de la cornée* (1) :

« Les incrustations qui sont le produit de l'adjonction du laudanum à certains sels métalliques solubles, se reconnaissent à leur éclat blanc-jaunâtre, comme celui qu'offre la paille qui a servi à la litière du cheval; parfois on dirait une aile d'insecte, un morceau de paille, de bois, appliqué sur la cornée et recouvert d'une fausse membrane. »

M. K. a de nouveau interrogé ses deux malades, et il n'a pas tardé

(1) *Annales d'Oculistique*, vol. X, décembre 1843, p. 276.

à me mander que les données qu'il venait de recueillir étaient suffisantes pour lui faire adopter l'opinion que j'avais émise.

Ainsi que je l'ai fait observer dans mon mémoire cité plus haut (p. 276), ainsi que l'a noté M. K., certaines incrustations ne causent aucune espèce de gêne, ne donnent lieu à aucune vascularisation. Ces incrustations, dont on trouvera un exemple dans l'observation suivante, peuvent, contrairement à l'avis que j'ai exprimé, être enlevées par la rugine, opération qui ne me paraissait praticable que dans les cas de dépôt métallique assez considérable.

Obs.— M. de M..., âgé de 18 ans, tempérament lymphatico-nerveux, est venu me consulter il y a quinze mois pour deux taches kératiques offrant la plus parfaite identité avec celles observées par M. K. sur son premier malade. Ces deux taches existaient en face de la pupille de chaque côté, et nuisaient considérablement à la vision. M. de M... a souffert à diverses reprises, de l'âge de 9 à 15 ans, d'ophthalmies accompagnées d'une forte photophobie. En 1841, il avait séjourné durant quelques mois chez M. le docteur de Leue, à Gräffrath (Prusse); le livret de prescriptions m'a appris qu'un traitement antiscrofuleux avait été institué par cet oculiste, et qu'il avait été fait usage de divers collyres métalliques laudanisés.

Je n'hésitai pas à proposer au malade l'abrasion de ce que je considérais comme des incrustations. Deux tentatives sur l'un et l'autre œil furent inutiles : la rugine ne put entamer l'épithélium. Je fus plus heureux une troisième fois, en me servant d'une rugine mieux affilée, que venait de me faire tenir M. Lüer, de Paris. Je réussis à détacher l'épiderme du côté droit, et je ne fus pas peu surpris de reconnaître qu'il faisait corps avec l'incrustation. Soulevant alors le lambeau détaché avec des pinces, je le retranchai d'un coup de ciseaux. La surface dénudée, examinée à la loupe, n'offrait aucune trace de dépôt métallique. Les paupières ayant été convenablement lavées et essuyées, je les recouvris d'un gâteau d'ouate maintenu par une bande modérément serrée. Dès le lendemain, je fis des instillations, deux fois le jour, avec une solution de sulfate de zinc, et après quatre jours, l'épithélium s'était régénéré, et il était devenu impossible de reconnaître le siége de la tache.

Les choses se sont passées de la même manière pour l'œil gauche, et la vision de M. de M... n'est plus le moins du monde embarrassée.

J'ai réussi depuis lors à pratiquer l'abrasion de plusieurs taches de même nature : j'ai obtenu ainsi une guérison des plus remarquables, chez une malade que m'avait adressée M. le docteur Jaubert, Mlle G., 135, rue Haute, qui portait une tache blanche, nacrée, qui était le résultat de l'usage de l'eau de Goulard.

—

DE LA PHOTOPHOBIE, DE SON SIÉGE, DE SES CAUSES ET DU TRAITEMENT QUI LUI CONVIENT;

Par le docteur DUVAL (Hégésippe), d'Argentan, département de l'Orne (France).

(SUITE ET FIN. *Voir les livraisons de janvier et février*, p. 3 et p. 49.)

Des causes de la photophobie.

La photophobie est d'autant plus soudaine à se manifester, que les malades se rapprochent davantage des tempéraments nerveux et lymphatique. Comme corollaire de cette proposition, les enfants et les femmes qui offrent une constitution délicate, et chez lesquels la susceptibilité nerveuse est d'ordinaire portée à un haut degré, y sont plus exposés que d'autres malades placés dans des circonstances différentes.

L'insolation directe ou réfléchie, l'emploi immodéré des yeux sur de petits objets, surtout à la lumière artificielle, les lunettes trop fortes, le séjour longtemps continué dans un milieu obscur, déterminent parfois une photophobie excessivement difficile à guérir.

Disons en passant, et comme se rapportant à cette dernière remarque, qu'après l'opération de la cataracte, le flux des larmes et l'impossibilité pour les malades de supporter l'éclat du jour, nous ont constamment paru être plus intenses et opiniâtres lorsqu'on avait tenu les opérés dans une chambre totalement privée de lumière, que quand cette chambre avait été gardée à demi éclairée.

Les bandages mis sur les yeux durant les ophthalmies, en tant qu'ils soient d'ailleurs fortement serrés, prédisposent aussi à cet épiphénomène.

Nous l'avons vu souvent survenir à la suite des cataplasmes, dont on faisait jadis un abus bien fâcheux.

Les collyres résolutifs, si faibles qu'ils soient, employés d'une manière intempestive, notamment dans les ophthalmies constitutionnelles où l'organisme entier prend part à l'affection locale, ne sont pas moins déplorables en ce qui regarde son apparition.

Parmi les causes de photophobie, nous rangerons encore les coups portés sur le globe, les corps étrangers fixés dans la cornée, ou implantés dans les annexes de l'œil, etc.

Enfin, nous réunirons dans un cercle commun, comme devant indubitablement amener ce phénomène, toutes les ophthalmies dépassant certaines limites, et lorsque sont mises en jeu les propriétés vitales des diverses membranes affectées.

Traitement.

Considérant que les modifications qui résultent du siége, de la partie malade et des causes qui ont fait surgir la photophobie, impriment à cet épiphénomène une marche, une durée et une terminaison particulières, voici les indications thérapeutiques que nous avons établies :

A. — Dans les photophobies traumatiques, suites d'éraillure de la cornée, de corps étrangers (dans cette dernière supposition, extraire le corps étranger), combattre les accidents généraux, et comme moyen anti-photophobique, soustraire simplement le malade à la lumière.

B. — Dans les ophthalmies avec exaltation des propriétés vitales, combiner simultanément les antiphlogistiques et les agents médicamenteux susceptibles d'atténuer l'exaltation du système nerveux : au déclin de ces mêmes ophthalmies et lorsque le travail inflammatoire a cessé, et que les accidents nerveux persistent, s'en tenir à cette dernière série de médicaments que l'on variera de temps à autre pour que leur action ne s'affaiblisse pas, comme cela arrive quand on n'emploie qu'un seul de ces agents.

Nous croyons inutile de disséquer tous les cas où doit apparaître la photophobie en conséquence de nos propositions; cet examen nous conduirait évidemment à faire l'histoire complète des ophthalmies.

Donc, après avoir soutiré à l'organe malade ou à l'économie le sang surabondant par les anti-congestifs (saignées générales et locales (1), tisanes, purgatifs salins, etc.), on aura recours aux remèdes

(1) On diminue l'afflux du sang artériel dans l'organisme par les saignées générales : le vide opéré dans les gros vaisseaux se remplit; de là déplétion des capillaires : l'œil perd pour lors une partie du sang dont il était gorgé.

Les sangsues appliquées dans un rayon voisin des yeux, aux tempes et sur les apophyses mastoïdes, ont deux modes d'action pour remédier à l'inflammation : en amenant un vide des vaisseaux par l'évacuation qu'elles procurent, et en opérant par leur succion un changement dans la direction du parcours du sang.

L'eau et la plupart des tisanes atténuent la densité du sang, affaiblissent les effets de ses qualités chimiques, et diminuent par cela même l'intensité de l'inflammation.

Ces réflexions rentrent du reste plutôt dans un traité de thérapeutique, qu'elles ne trouvent ici leur place

Deux mots encore cependant : Il existe des ophthalmies pour la curation desquelles les antiphlogistiques, quels qu'ils soient, ont peu ou point d'efficacité : la théorie indique en cette circonstance l'emploi d'autres moyens. Si

reconnus propres à diminuer la plasticité de ce fluide (par exemple le mercure), et dans l'intention d'atténuer l'irritabilité nerveuse, à cet ordre de médicaments auxquels on a donné le nom énergique d'*anti-névralgiques*.

Une considération bien capitale dans l'emploi de ces médicaments anti-névralgiques, c'est de toujours mettre en rapport leur puissance avec l'intensité de l'affection ; en d'autres termes, de mesurer l'activité du médicament sur le degré de la maladie. Un anti-spasmodique trop énergique jette pour un moment l'organe dans la torpeur; voilà tout : la réaction survient, et l'on n'a déterminé qu'une exacerbation dans la maladie, qui se réveille plus grave et plus menaçante lorsque cesse l'effet stupéfiant du médicament administré.

Parmi les moyens propres à combattre l'exaltation des propriétés vitales, nous avons d'abord l'absence de la lumière : soustraire le malade à l'influence de ce stimulant sera donc l'indication première à suivre lorsqu'apparaîtront des symptômes photophobiques, de quelque cause qu'ils dérivent. Si la lumière est pernicieuse, l'air tempéré, ni trop chaud, ni trop froid, est au contraire tout à fait nécessaire au rétablissement de l'organe malade et accélère la guérison : ceci est incontestable. Nous ne pensons donc pas pouvoir trop insister sur cette erreur pratique qui consiste à surcharger les yeux des photophobiques de compresses épaisses, lourdes et serrées.

Les paupières abaissées, lorsqu'elles sont closes, suffisent pour atténuer le reste de lumière diffuse dont on ne peut pas absolument se rendre maître. Si l'on devait en somme mettre un bandage, une compresse serait fixée à la partie supérieure du bonnet; jamais nous ne passons de bande sur cette compresse pour la maintenir.

donc une ophthalmie n'existait que par le fait de l'altération des fluides, on parviendrait à rétablir l'équilibre, et à opérer l'expulsion de ces fluides de l'organe affecté, en introduisant par l'absorption dans les tissus des substances capables par leurs qualités de produire un changement dans le mode de nutrition, et par suite le rétablissement de l'état morbide : tel est le but qu'on atteint dans quelques ophthalmies spécifiques dans lesquelles on administre les amers, les préparations d'iode, le mercure, etc. Nous venons de supposer une altération des fluides; admettons maintenant une exaltation des propriétés vitales : l'indication curative sera alors de chercher à rétablir l'harmonie physiologique rompue ; les substances dites *sédatives* et *anti-spasmodiques* tiennent à cet égard le premier rang. Parmi celles-ci, quelques-unes ont été parfaitement étudiées et sont très-bien connues : telles sont la belladone, la jusquiame, l'opium, etc.; nous allons nous en occuper dans ce dernier paragraphe.

« Les pièces attenant à la chambre du malade seront tenues dans l'obscurité, s'il est obligé d'y aller de temps en temps, ne fût-ce que pour quelques moments; car rien n'est plus nuisible pour les yeux ainsi affectés que le passage brusque de l'obscurité à une vive lumière. » (Weller, tome II, p. 248.)

L'obscurité indiquée sera, en définitive, proportionnée au degré d'irritabilité du malade, uniforme, modérée, mais non absolue, et plutôt obtenue en calfeutrant les issues par où le jour peut pénétrer, qu'elle ne devra l'être par des bandages mis sur les yeux.

« Une des plus importantes conditions pour la guérison des ophthalmies, dit le docteur Carron (et la proposition qui suit trouve ici son application rigoureuse), c'est de garder un repos absolu de la partie malade, même de tout le corps. La transgression de ce principe a souvent rendu une ophthalmie simple interminable, ou provoqué la recrudescence d'une inflammation à son déclin. Les individus prudents, qui voudront obtenir une guérison durable et exempte de rechute, feront bien de condamner l'organe à un repos absolu jusqu'à entière guérison, et de ne recommencer leurs travaux qu'avec des précautions extrêmes, commandées par l'importance de l'organe et de ses fonctions, que l'on ne transgresse jamais lorsqu'il s'agit d'un membre fracturé ou d'une plaie récemment cicatrisée. » (Page 535.)

La position de la tête, dans les ophthalmies, n'est pas non plus indifférente : il faut qu'elle soit élevée, et les oreillers pas trop mous, à cette fin de prévenir les congestions passives vers l'encéphale. Le patient aura le soin de ne se tourner ni à droite ni à gauche, si les deux yeux sont affectés ; on évitera de se coucher sur le côté souffrant, s'il n'y a qu'un seul œil malade.

De l'emploi de l'opium.— L'opium est l'un des remèdes les plus utiles qu'offre la matière médicale et qu'on puisse opposer aux douleurs dont se plaignent les malades affectés d'ophthalmie ; on en retire également les meilleurs effets lorsqu'il existe de la photophobie : quand les douleurs affectent la forme de paroxysme (cette remarque a déjà été faite par M. Sichel), on l'emploie avec un avantage marqué en frictions sur la région sus-orbitaire, à la dose de trois à six grains, dissous dans une suffisante quantité d'eau. Ces frictions peuvent être répétées sans crainte trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures.

M. Mackenzie prétend que ce médicament, associé au calomel, acquiert une vertu nouvelle; voici son opinion : « Deux des ophthalmies les plus douloureuses, (en même temps qu'on peut dire qu'elles sont

les plus photophobiques), sont l'ophthalmie rhumatismale et l'ophthalmie catarrho-rhumatismale. Des frictions faites avec l'opium, sur le front et les tempes, diminuent beaucoup la douleur. On obtient encore un soulagement considérable en faisant prendre ce médicament à l'intérieur ; mais on produit infiniment plus de bien en l'administrant à l'intérieur combiné avec le calomel. La combinaison du calomel avec l'opium peut être considérée, à peu de chose près, comme un spécifique dans les deux ophthalmies qui viennent d'être indiquées. » (Mackenzie, p. 288.) (1)

Belladone. — La belladone est un médicament dont on retire les plus grands bénéfices lorsqu'on veut produire la dilatation de la pupille, ainsi que dans les inflammations qui ont de la tendance à se terminer par une exsudation de lymphe plastique. Nous passerons du reste sous silence les considérations qui se rattachent à son administration sous ces rapports divers, pour ne l'examiner que du point de vue anti-photophobique. Lorsqu'il s'agira donc de combattre l'exaltation des propriétés vitales des différentes membranes de l'œil, on ne pourra certainement pas choisir une préparation plus puissante ni mieux appropriée.

De l'usage de la belladone à l'intérieur.—La belladone à un demi-gramme, à l'intérieur (une infusion de feuilles sèches), détermine une sédation générale qui s'exprime par un calme presque immédiat. A un gramme, il y a peu de personnes qui n'éprouvent des hallucinations, des visions, et dont les facultés intellectuelles soient intégralement conservées ; quelques-unes tombent même, à cette dose, dans un narcotisme complet qui se révèle par une accélération

(1) Dans le *Journal général de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacie*, tome LVIII, page 414, est rapportée l'observation suivante, de M. Delondre, qui fut à cette époque communiquée par son auteur à la Société de médecine : « On m'amena, dit ce praticien, une jeune fille de dix ans, qui, par l'effet de la plus forte irritation, suite de la petite vérole, avait les yeux si hermétiquement fermés depuis plus d'un an, qu'on les croyait entièrement perdus, et qu'on se disposait déjà à la faire entrer dans un hospice comme aveugle et incurable. » M. Delondre trouva les pupilles très-rétrécies et une exaltation prodigieuse de la sensibilité des rétines. Il ordonna pour lotions une dissolution d'extrait aqueux d'opium, dans la proportion de deux gros pour une pinte d'eau ; on en imbiba des compresses qui furent appliquées sur les paupières pendant la nuit. L'effet de ce remède fut si prompt, qu'au bout de huit jours les paupières s'entr'ouvraient. On doubla alors la dose de l'opium : le quinzième jour du traitement l'enfant ouvrit les yeux, et fut complétement guérie dans l'espace de quelques semaines.

extrême du pouls : la peau devient chaude, la face vultueuse, la tête lourde, et la sensibilité tellement obtuse que les malades ne ressentent plus lorsqu'on les pince. Une infusion de deux grammes de feuilles sèches amènerait infailliblement un état comateux chez les hommes les plus robustes, et la mort presque certainement chez des sujets qui n'offriraient pas une constitution suffisamment résistante.

A dose fractionnée (de dix à quinze centigrammes d'extrait par vingt-quatre heures, l'usage continué, je suppose, pendant cinq ou six jours), beaucoup d'individus sont mis dans l'incapacité de lire ou d'écrire ; les lettres se mêlent, sont vues doubles, se balancent, ne sont plus distinctes : les pupilles néanmoins souvent ne présentent aucune dilatation anormale, la fonction visuelle est seule altérée.

Les premiers symptômes qui indiquent de suspendre ce médicament s'expriment par un besoin de cracher, l'épaississement de la salive, une sécheresse incommode de la bouche, et une grande chaleur à la gorge. Au delà de ce symptôme, il y a trouble indubitable et presque immédiat des fonctions cérébrales.

L'effet de la belladone sur l'encéphale ressemble, à s'y méprendre, à une congestion sanguine de cet organe. Cette torpeur cérébrale se manifeste lorsque la dose dépasse celle qui produit les hallucinations : il faut donc être sur ses gardes, ce simulacre de congestion cessant de lui-même après quelques heures, sans qu'il soit nécessaire, bien entendu, d'avoir recours aux saignées et aux sinapismes. A ce coma succèdent de nouveau les hallucinations, qui peuvent subsister quelques jours, et enfin reparaissent les autres symptômes, absolument dans le sens inverse de la marche qu'ils avaient suivie en se produisant.

Les phénomènes que détermine la belladone prise à l'intérieur se manifestent dans les deux heures qui s'écoulent après son administration.

Si nous nous sommes autant étendu sur l'usage interne de ce médicament, trop rarement employé de cette manière en ophthalmologie, c'est qu'il nous semble que dans l'impossibilité de régler la quantité absorbée par les frictions, mieux vaut, pour éteindre une vive douleur, faire prendre ce médicament à l'intérieur, que s'en tenir aux embrocations, infiniment plus lentes et toujours incertaines dans leurs résultats; nous l'avons souvent donné de cette manière, et constamment avec avantage.

La dose doit se mesurer sur la force du malade, être assez élevée

d'ailleurs pour dominer la sensibilité générale : soit une infusion d'un demi-gramme de feuilles sèches, que l'on peut au besoin renouveler trois ou quatre heures après.

Quelques praticiens unissent à l'extrait de belladone le sulfate de quinine, et administrent ce mélange indifféremment par la voie de l'estomac ou en lavement. La dose, chaque jour, d'extrait de belladone, est de quelques grains, un ou deux, avec égale quantité de sulfate de quinine.

« Un des remèdes anti-photophobiques qui me réussissent le mieux, dit M. Rognetta, c'est l'extrait de belladone, combiné au calomel. Je commence, dans la photophobie scrofuleuse, par exemple, qui cède rarement aux saignées seules, par la prescription suivante : extrait de belladone, trois décigrammes ; calomel préparé à la vapeur, un gramme ; faire douze pilules. Le malade prend trois fois par jour, matin, midi et soir, une de ces pilules ; le lendemain, si la photophobie persiste, on double la dose des pilules, et l'on continue ainsi pendant plusieurs jours. J'ai porté quelquefois en peu de jours la belladone jusqu'à la dose de trois décigrammes sans le moindre inconvénient : le plus souvent, la photophobie disparaît comme par enchantement après le premier ou le second jour. »

Belladone à l'extérieur. — Craignant que le contact immédiat de ce médicament avec les tissus malades n'augmente l'inflammation, si minime qu'elle soit, nous n'employons jamais les collyres belladonisés en instillations sur l'organe lui-même, comme quelques médecins le recommandent. Nous n'avons accepté ce mode d'administration que pour quelques cas particuliers, soit, entre autres, lorsque nous désirons obtenir la dilatation de la pupille : hors de cette circonstance, nous avons adopté l'infusion de feuilles sèches, comme nous venons de le dire, et les onctions sur le front et les tempes. Seul, son action mydriatique se développe plus promptement que s'il est mélangé à un corps gras. Lors donc que nous recherchons spécialement sa vertu anti-névralgique, si rien ne contre-indique la pommade mercurielle, nous l'associons à ce corps. Voici les proportions que nous avons choisies : pommade mercurielle double, huit grammes ; extrait de belladone, quatre grammes. Lorsque les douleurs sont très-vives et persistent dans l'obscurité, nous ajoutons de deux à six décigrammes d'opium en poudre. Si l'on s'en tient à l'usage externe, la quantité de belladone peut être portée à six et huit grammes.

(Enduire le front et les tempes, quatre fois par jour, avec un gramme environ, pour chaque onction, de cette pommade.)

Nous préférons l'extrait aqueux à l'extrait alcoolique : ce dernier subit rapidement la fermentation alcoolique, et par cette transformation perd à peu près ses qualités anti-névralgiques ; nous avancerions presque qu'il acquiert, par son union avec l'alcool, une propriété contraire, qu'il devient stimulant, sinon dans le sens absolu, au moins durant les premiers moments qui suivent son administration ; ce qu'explique d'ailleurs la quantité d'alcool qu'il retient avant qu'il ait passé par ce changement que nous venons de mentionner.

L'extrait des feuilles sèches est plus consistant et moins actif que celui des feuilles vertes ; ce dernier est demi-fluide et d'une odeur fortement vireuse.

L'extrait obtenu par la méthode de déplacement est supérieur à celui traité par l'ébullition.

Le bon extrait de belladone est d'un brun-rougeâtre, ou brun-marron ; sa couleur, au surplus, est peu significative, car j'en ai reçu de Londres qui était d'un vert glauque, et cependant aussi fort que possible : provenait-il de feuilles vertes sans avoir subi l'action du feu (d'après la méthode de Storck) ? c'est probable.

Pour être certain de son effet, on a dit de bien s'assurer qu'il n'était pas mélangé à de la fécule ; nous ajouterons qu'il n'est pas moins urgent de connaître la date de sa confection : un extrait vieilli, et que l'on passe à l'étuve, reprend, c'est vrai, une partie de ses propriétés ; mais il n'en récupère pas la totalité, et ne revient jamais à toute la puissance active qu'on peut en attendre durant les premiers mois qu'il est fait.

La jusquiame est assez généralement considérée comme succédanée de la belladone : d'un effet douteux, nous n'y avons recours que dans quelques cas de photophobie légère. Les doses de jusquiame, comparativement à celles de belladone, seraient élevées du double.

L'extrait de datura stramonium est au contraire plus énergique ; il faudrait que son dosage fût dans une proportion de moitié moindre.

A l'un et à l'autre de ces deux médicaments, la jusquiame et la stramoine, nous préférons la belladone, que nous employons, quel que soit le degré ou l'espèce de phlogose oculaire à laquelle nous avons affaire, pour peu qu'il existe de la photophobie.

Camphre. — Nous avons retiré un grand avantage du camphre dans ces photophobies essentielles, suite et conséquence d'ophthal-

mies qui ont longtemps persisté (ophthalgies), ou survenues par un séjour prolongé dans un endroit obscur, etc.

L'effet primitif de ce médicament, à petites doses, est d'apporter une hyposthénisation dans l'endroit qu'il touche : il faut donc, pour l'apposer, ne pas trop s'éloigner du lieu malade et souffrant.

C'est dissous dans l'alcool, ou mélangé à la pommade mercurielle, que nous l'administrons ; nous faisons de quatre en quatre heures recouvrir la région sourcilière, au-dessus des sourcils, et les tempes, avec deux décigrammes de ce médicament en nature, ou cinq décigrammes, si nous avons choisi la pommade suivante : pommade mercurielle, huit grammes ; camphre, soixante-quinze centigrammes.

Les inspirations de camphre au moyen d'un tube nous ont également paru tout à fait capitales dans ces mêmes circonstances supposées.

A haute dose, il devient un stimulant énergique ; il déterminé de la cuisson, de la chaleur, et finirait par occasionner une inflammation des tissus sur lesquels on le déposerait. Son action sur le cerveau, dans cette proportion, serait de développer une congestion de cet organe.

Il peut arriver, dans quelques cas d'ophthalmie invétérée avec photophobie persistante et réfractaire à toute espèce de moyens, que ces différents remèdes, l'opium, la belladone, le camphre, etc., ne réussissent pas et soient d'un effet sinon nul, au moins trop peu actif pour en amener la curation. Nous avons recours alors à l'excision (je ne dis pas à l'incision, à la division simple des vaisseaux, mais à l'excision large, répétons ce mot) de la conjonctive, et cela d'autant plus promptement que cette membrane est plus chargée et labourée de vaisseaux villeux. Il semble en quelque sorte hasardeux de proposer une opération chirurgicale en cette occurrence ; et cependant nous en avons retiré un bénéfice si remarquablement soutenu, que nous ne craignons pas de poser ici, comme moyen anti-photophobique par excellence, cette résection de la muqueuse oculaire, quelle que soit la partie de l'œil altérée, et quelle que soit la nature ou le degré de l'ophthalmie.

Cette opération est aussi facile à pratiquer qu'innocente et peu douloureuse pour le malade : nous nous servons de deux élévateurs de Pellier pour retenir les paupières supérieure et inférieure, d'une pince de Maunoir à mors larges, et de ciseaux très-légèrement courbés sur le plat ; à courbure prononcée, les points de contact avec le globe sont moindres, conséquemment l'opération plus longue à

terminer. On saisit la conjonctive à sa partie déclive, près de l'union de la sclérotique avec la cornée, on excise ce pli par un côté en conservant l'autre comme moyen de soutenir la conjonctive, et l'on continue l'excision dans la totalité du pourtour de la cornée ; on asperge ensuite avec de l'eau tiède, de manière à obtenir la plus grande quantité de sang possible.

Cette minime opération, réservée par beaucoup de chirurgiens pour remédier aux chémosis seulement, ne nous a jamais failli, nous devons le répéter, lorsque nous avons eu à combattre ces ophthalmies chroniques avec photophobie rebelle ; aussi n'hésitons-nous pas, sûr de ses effets, à la proposer lorsque nous avons à traiter des malades que n'épouvantent pas le mot *opération*.

Le traitement consécutif est le même, exactement, que si l'on avait une ophthalmie simple à soigner.

Il n'y a pas, que nous sachions, de loi en médecine ou en chirurgie qui puisse être donnée dans un sens absolu ; aussi n'entre-t-il pas dans notre idée, ce qui, d'ailleurs, serait absurde, que l'on devra faire dans tous les cas de photophobie cette excision conjonctivale. Nous ne considérons donc comme bonne, rationnelle et applicable, cette opération, que dans certaines circonstances, par exemple lorsqu'une violente photophobie s'est manifestée ou subsiste par le fait d'une ophthalmie grave, sans toutefois tenir compte du degré de cette ophthalmie, nous l'avons déjà dit, et si elle existe à l'état aigu ou à l'état chronique.

La ponction de la cornée, avec le couteau de Richter, lorsque les symptômes d'étranglement sont tellement marqués qu'on peut craindre la rupture du globe, a été conseillée par quelques praticiens (Ware, Wardorp, Langenbeck, etc.) ; sept fois nous avons eu l'occasion de pratiquer cette ponction, et à l'instant même nos malades ont éprouvé un mieux indicible, une détente générale, un bien-être, un repos dont ils étaient privés depuis plusieurs mois. Ces malades étaient affectés, ceux-ci d'ophthalmie rhumatismo-catarrhale, ceux-là d'ophthalmite proprement dite, deux d'entre eux d'ophthalmie gonorrhoïque ; tous étaient tourmentés d'une photophobie des plus intenses. Plusieurs ont été opérés à l'hôpital d'Argentan : après quelques semaines de traitement, guéris qu'ils étaient, ils ont repris leurs travaux accoutumés. Eussent-ils guéri sans ce moyen ? nous n'argumenterons pas de cette possibilité : qu'il nous suffise de constater qu'on peut, sans crainte d'une réaction désorganisatrice, débrider l'œil, comme on le fait du reste avec succès dans le panaris,

lorsqu'on saisit à propos le moment opportun de procéder à ce débridement.

Nous croyons que l'on n'a pas assez tenu compte de cette opération ; et si le raisonnement, comme on l'a prétendu, ne lui est pas favorable, nous dirons avec M. Rognetta : Que peuvent le raisonnement contre l'expérience, les mots contre les faits ?

Nous n'avons point rencontré pour cette opération les grandes difficultés signalées par M. le docteur Grégory : il serait difficile, il est juste de le reconnaître, de maintenir relevée la paupière supérieure avec les doigts, et si grande que fût la force qu'emploierait l'assistant pour s'en rendre maître, elle glisserait, c'est indubitable. Pour obvier à cet inconvénient, je me sers des crochets en écaille de Pellier de Quengsy, que j'engage entre les deux paupières et le globe. Le doigt médius de la main gauche de l'opérateur (supposons que l'on opère l'œil gauche), placé à l'angle interne, près de la caroncule lacrymale, empêche suffisamment le globe de se tourner en haut ou en dedans, selon sa tendance : vient ensuite l'immersion du couteau que l'on plonge à une ligne de l'union de la cornée avec la sclérotique, comme si l'on voulait opérer par extraction. Il est clair que cette section ne doit pas avoir l'étendue qu'on tenterait d'obtenir si l'on avait à solliciter la sortie du cristallin.

On pourra s'en tenir « au premier temps de l'incision qu'on fait à la cornée pour extraire la cataracte, ou ce qu'on appelle la ponction. » (Mackenzie, p. 286.)—« Quand l'instrument a pénétré dans la chambre antérieure, dit ce même praticien, on peut le retirer un peu en tournant la lame sur son axe, ce qui permet à l'humeur aqueuse de s'écouler rapidement. Il est mieux de ne retirer l'instrument que lorsque l'humeur aqueuse s'est écoulée : car, si l'incision n'est pas assez large, et que le couteau soit retiré avant la sortie du liquide, l'élasticité de la cornée amène l'occlusion de la plaie, et l'évacuation n'est point aussi subite et par conséquent aussi efficace, ou même elle est complétement empêchée. »

Les diverses aiguilles inventées pour remplacer le couteau ne présentent pas d'avantages particuliers, et la piqûre qui en résulte ne répond pas à ce qu'on attend de cette opération.

Si dans notre revue bien limitée des médicaments anti-photophobiques, nous n'avons mentionné que l'opium, la belladone et le camphre, sans parler de cette multitude d'autres remèdes également prônés comme tels, c'est qu'à l'égard de beaucoup, l'opinion n'est pas encore absolument fixée, et que nous croyons prudent d'attendre

de nouvelles épreuves pour savoir le rang qu'ils doivent prendre en thérapeutique.

De ce nombre, et comme les plus saillants, citons l'acide hydrocyanique, considéré par MM. Turnbull, de Londres, et Guthrie fils comme un médicament quasi spécifique dans plusieurs maladies des yeux, et particulièrement dans celles avec photophobie, avantages, quoi qu'il en soit, que n'ont pas entièrement contredits, mais que n'ont pas non plus appuyés les expériences tentées par MM. Florent Cunier, Fleussu, Bérard et Desmarres ; le nitrate d'argent pareillement, dont MM. Hocken et Thomas Wormald prétendent retirer un bénéfice immédiat pour les scrofuleux photophobiques, en appliquant ce sel, dissous dans une suffisante quantité d'eau, sur la face externe des paupières, jusqu'à ce que la peau devienne noire ; notons aussi ce même sel, le nitrate d'argent, devant former la base de collyres qu'on instille directement sur l'œil ; les préparations d'or, l'iode, l'hydrochlorate de baryte, le proto-chlorure de mercure, le borax ; l'huile de croton tiglium, la teinture de cantharides, appliquées autour de l'orbite et à la tempe ; la teinture de tabac, la pommade stibiée ; les pommades éruptives, quelles qu'elles soient ; la térébenthine, vantée par M. Hugh-Carmichaël ; la salivation artificielle, les ventouses, le sulfate de quinine, l'arsenic, les vésicatoires sur les paupières, moyen journellement et depuis fort longtemps employé en Angleterre, d'après le dire de M. Middlemore ; l'infusion de bignonia catalpa ; la ciguë à haute dose, si fortement recommandée par M. le professeur Dzondi, le sumac vénéneux, le rhus toxicodendron, le cerfeuil, enfin, dont l'ophthalmologie saura sans doute retirer un grand avantage, si les essais tentés et annoncés par M. Charles Deval sont confirmés, etc.

Quant aux dérivatifs, aux révulsifs, leur emploi se rapportant autant et plus au traitement des ophthalmies en général, qu'ils ne trouvent, relativement à la photophobie, leur application, nous avons cru devoir nous abstenir de nous en occuper ici.

P. S. Le mot *étranglement*, plusieurs fois employé dans le cours de ce mémoire, pourrait sous-entendre implicitement que nous ramenons à cette disposition pathologique de l'œil l'apparition de la photophobie ; telle n'est pas notre idée, que contredit d'ailleurs notre proposition fondamentale souvent répétée, et autour de laquelle vient se grouper toute notre argumentation, savoir : que nous considérons le nerf de la cinquième paire comme le point de départ de la photophobie.

L'étranglement, ou plutôt la compression qui en dérive, peut bien, il est vrai, aggraver les symptômes phlegmasiques, ou même les déterminer s'ils n'existent pas ; mais cette compression, qu'elle provienne de l'action du nerf

de la cinquième paire, dérangée de son type physiologique, ou de toute autre cause, ne nous semble devoir être considérée que comme cause médiate de photophobie.

Ainsi, par exemple, la photophobie, quoique rendue plus persistante et prononcée lorsqu'une des membranes internes de l'œil (disons la sclérotique) est le siége de l'ophthalmie, n'en dérive pas moins d'abord, nous le croyons, du mouvement vital surexcité des parties de l'œil qui président aux fonctions d'incitation, conséquemment du mouvement surexcité du nerf de la cinquième paire.

PROPOSITIONS SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DU GLAUCÔME ;

Par le docteur Tavignot (*).

I. C'est à tort que l'on a voulu considérer le glaucôme comme une maladie de la rétine, de la choroïde, du corps vitré.

II. Le glaucôme est une affection générale de l'organe de la vue, ayant pour caractère invariable sa désorganisation successive, lente ou rapide, selon les différents tissus.

III. L'origine du glaucôme n'est autre qu'une perturbation fonctionnelle du système nerveux ciliaire.

IV. Le glaucôme est-il accompagné, dans sa marche, de douleurs excessivement vives, il est alors sous l'influence d'un état névralgique des nerfs ciliaires.

V. Le glaucôme parcourt-il ses périodes sans présenter les phénomènes névralgiques, il est le résultat d'une paralysie complète ou incomplète de ces mêmes nerfs ciliaires.

VI. Le glaucôme n'est donc autre chose, en définitive, qu'une désorganisation *chronique* de l'œil, analogue, sous tous les rapports, à la désorganisation *aiguë* qui survient après la section de la cinquième paire pratiquée sur les animaux.

VII. Le *traitement* du glaucôme se déduit logiquement de sa nature : *traitement de la névralgie*, quand il existe des douleurs concomitantes ; *traitement de la paralysie*, lorsqu'il n'existe pas de douleurs névralgiques.

(*) Ces propositions ont été communiquées à l'Académie royale des sciences de Paris, dans sa séance du 23 février ; elles forment les conclusions des recherches sur le glaucôme que l'auteur publiera incessamment.

(Note du Rédacteur.)

MÉMOIRE SUR LES TACHES DE LA CORNÉE;

Par le docteur Ph. Fr. de Walther, médecin de Sa Majesté le Roi de Bavière, professeur d'ophthalmologie et de chirurgie à la Faculté de médecine de l'Université de Munich, etc., etc. (1).

(Traduit de l'allemand, par le docteur F. Bisard, médecin de régiment au 1er cuirassiers, etc.)

(Suite. *Voir la livraison de février*, p. 69).

D'après ce qui précède, on peut établir la classification suivante des taches de la cornée :

Taches de la cornée :

1) Sans changement du tissu de la cornée, sans cicatrice et sans synéchie antérieure ;

a) Avec une exsudation encore liquide :

macula nephelium ;

b) Avec un commencement de coagulation de l'exsudation :

macula achlys simplex ;

2) Sans changement de tissu, avec cicatrice et avec commencement de coagulation de l'exsudation dans l'auréole de la cicatrice, sans synéchie antérieure ou avec synéchie très-circonscrite :

macula achlys cicatrix ;

3) Avec changement de tissu, et coagulation complète de l'exsudation ;

a) Sans cicatrice et sans synéchie antérieure :

macula albugo ;

a) Avec une exsudation coagulée et abondante ;

b) Avec du pus isolé, renfermé comme une exsudation coagulée ;

c) Avec cicatrice, et ordinairement avec une synéchie antérieure très-considérable :

macula leucoma.

J'ai conservé dans cette classification les anciennes dénominations qui sont reçues et usitées, et je pense avoir indiqué et établi leur véritable signification. Ce procédé me semble préférable à la manie, adoptée aujourd'hui, de donner de nouveaux noms à toutes les formes morbides et à tous les médicaments ; ce qui surcharge inutilement la mémoire. Il arrive souvent aussi de remplacer un nom ancien par un nouveau nom qui désigne une chose d'une manière qu'on prétend être plus régulière, tandis qu'il convient bien

moins pour cette notion : il en est de même quand on invente un nom nouveau pour une chose généralement connue.

Les mots de *nephelium*, de *nuage*, de *brouillard*, désignent parfaitement bien les taches bleuâtres et superficielles de la cornée. *Achlys* leur est presque synonyme : il indique aussi un nuage, un brouillard, mais cependant déjà avec une nuance de coloration grisâtre, de jaune tirant sur le vert ; on l'emploie pour désigner la tache grisâtre.

Il est digne de remarque que les anciennes désignations grecques de la coloration de ces produits pathologiques ne correspondent pas aux couleurs pures, et pas le moins du monde à celles du prisme, mais la plupart seulement à des couleurs mélangées et nuancées.

Les mots *albugo*, qui est latin, et *leucoma* qui est grec, désignent la même chose, c'est-à-dire la tache de la cornée qui est blanche comme de la craie. Comme ces deux mots ont été partout équivalents et sont restés en usage et employés indifféremment, j'ai cru convenable de leur donner une signification différente pour indiquer la tache blanche de la cornée et distinguer celle qui existe avec cicatrice de celle qui en est dépourvue.

En examinant maintenant de plus près ces cinq variétés principales de taches de la cornée, on doit remarquer que, quant au nuage, *macula nephelium*, il dépend le plus souvent d'ophthalmies appelées humides, séreuses, et même d'ophthalmies catarrhales. Certaines dispositions du corps, une constitution lâche, molle, leucophlegmatique, le séjour dans un air vicié, humide, malsain, le coucher dans les étables, sont des conditions favorables à son développement. La suppression de sécrétions morbides, par exemple de la sueur des pieds ou des aisselles, quand on n'agit pas contre la cause constitutionnelle pseudo-plastique qui entretient ces excrétions, est très-capable, pendant le cours des conjonctivites catarrhales, de déterminer le transport de la sécrétion morbide dans l'intervalle du feuillet sous-conjonctival de la cornée. L'abus des lotions froides et humides, ou bien des lotions tièdes, qui deviennent toujours bientôt froides, l'emploi de collyres gras dans l'ophthalmie catarrhale, favorisent éminemment le développement du nuage. L'ophthalmie scrofuleuse produit rarement, et seulement dans des circonstances données, toutes particulières, le *nephelium*, tandis qu'elle donne bien plus souvent lieu à l'*achlys*. La *macula nebula* peut aussi être facilement la suite d'ophthalmies dues à un trichiasis, à un distichiasis, à un entropion, et même d'ophthalmies dépen-

dant, dans l'ectropion, de ce que le globe oculaire n'est plus couvert et cesse d'être protégé contre l'action nuisible des agents extérieurs. C'est ce qu'on voit très-souvent dans l'ectropion qui survient dans l'ophthalmie d'Égypte, quand ses suites ne sont pas plus graves et plus destructives.

Le nephelium est toujours situé très-superficiellement : l'exsudation est contenue entre le feuillet conjonctival et les couches les plus externes des lames de la cornée. Sa couleur bleuâtre apparente est distinguée à travers le mince feuillet conjonctival ; sa coloration objective est donc presque réelle. On dirait un léger brouillard doucement étendu sur la surface de la cornée, ou un petit nuage qui n'est qu'appliqué sur cette membrane. Mais l'obscurcissement est plus étendu que dans aucune autre espèce de tache de la cornée ; il occupe souvent toute la surface de cette membrane, dont la circonférence seule en est exempte. La diminution ou la perte totale de l'expression de vie, d'intelligence, de ces yeux sans éclat, donne alors quelque chose de mat aux organes de la vue, qui sont comme boursoufflés, tuméfiés, gélatineux. Les membranes de l'œil, ainsi qu'on le remarque dans les opérations qu'on pratique sur cet organe, sont méconnaissables et ont éprouvé une espèce de ramollissement et de *malaxie*, tandis que dans les autres taches de l'œil, même dans l'achlys, elles prennent plutôt les caractères de l'induration. La vascularité plus considérable est encore un des traits qui le distinguent des autres taches. Il existe constamment tout autour du nephelium des dilatations vasculaires venant du blanc de l'œil. Des troncs vasculaires engorgés, dilatés, offrent des nodosités et beaucoup de ramifications, convergent vers le centre, à partir des angles oculaires et des plis de la conjonctive. Un cercle de petits vaisseaux réticulaires entre-mêlés plusieurs fois entoure la circonférence de la tache, et de là des vaisseaux plus fins se rendent dans son tissu qu'ils doivent alimenter. Ces petits vaisseaux entretiennent évidemment le renouvellement de l'exsudation. C'est ce qu'on voit quelquefois dans le suintement qu'amène la scarification d'un tissu, et qui consiste en petites gouttes d'une humeur limpide et séreuse : ce phénomène a lieu si un écoulement de sang, bien que minime, ne vient pas empêcher de le reconnaître. On remarque toujours dans le nephelium quelques vestiges de l'inflammation qui en a été la cause, comme, par exemple, une dilatation vasculaire, quelques points rougeâtres dans le blanc de l'œil, de la photophobie, une sécrétion anormale et plus abondante du liquide des larmes et des

glandes de Méïbomius, l'irritabilité morbide et l'impossibilité pour l'œil de supporter un travail un peu pénible. La persistance de ce léger degré de l'inflammation, devenue chronique, donne lieu à une exsudation morbide permanente, à laquelle une résorption constante fait équilibre. Mais si la première vient à prédominer, le *nuage* peut prendre facilement plus de développement en circonférence, en épaisseur, en opacité ; et si la résorption et la sécrétion viennent alternativement à prévaloir, sa forme, son contour et son épaisseur éprouveront des variations successives. Le nephelium, qui n'existe presque jamais sans inflammation, touche par là à quelques formes d'ophthalmie, par exemple, à l'ophthalmie dite *variqueuse, ophthalmia alba* ou *pannus* : il se lie ainsi avec elles et présente des formes bâtardes d'ophthalmie.

La durée d'une phlogose qui ne disparaît jamais entièrement, la persistance de l'exsudation, la mobilité de l'altération et de l'ensemble de la maladie, le ramollissement, etc., établissent entre le nephelium et toutes les autres taches de la cornée une opposition tranchée qui permet à peine, et toujours imparfaitement, de le ramener à la notion qui explique leur origine. C'est surtout avec la *macula achlys* qu'il offre cette opposition, puisque tous les attributs de celle-ci sont complétement le contraire de ce qui lui est applicable.

Cette dernière, avec les deux variétés qu'elle présente, la tache accompagnée de cicatrice et celle qui ne l'est pas, est la plus fréquente de toutes les taches de la cornée.

Le siége de l'opacité (de l'exsudation) est moins superficiel que celui du nephelium, il n'est jamais, comme dans celui-ci, sous le feuillet conjonctival ; il existe toujours entre deux ou plusieurs lames de la cornée, toutefois pas facilement à une trop grande profondeur, et jamais entre la dernière lame et la membrane de Descemet.

Cette tache est isolée ou dans l'état d'aggrégation. Il n'existe quelquefois qu'une *achlys*, ou bien il en existe en même temps deux, trois, quatre. Dans ce nombre, l'une peut être accompagnée de cicatrice, tandis que les autres n'en présentent pas. Elles se montrent aussi dans toute l'étendue de la cornée ; peut-être celles situées vers son centre sont-elles plus fréquentes que celles siégeant en d'autres parties de la circonférence. Les phlyctènes et les pustules du feuillet conjonctival de la cornée leur donnent aussi naissance, et elles sont par là une suite ordinaire des ophthalmies phlycténu-

laires et pustuleuses. Néanmoins on rencontre quelquefois des achlys sur des points de la cornée où n'ont existé ni phlyctènes ni pustules, et qu'on doit considérer comme la suite d'une kératite exsudative, limitée, circonscrite. La plupart doivent leur origine aux pustules. Comme l'ophthalmie scrofuleuse est de forme identique avec l'ophthalmie pustuleuse, on conçoit que le plus grand nombre des taches grises de la cornée soient la suite de l'ophthalmie scrofuleuse. L'ophthalmie des nouveau-nés les produit aussi quelquefois; mais comme cela ne peut arriver que quand la pyorrhée est bornée dans de certaines limites, et que d'ordinaire, quand la purulence a acquis un plus haut degré, elle détermine des altérations plus considérables de la cornée, on peut dire que les achlys qui sont la suite de l'ophthalmie des nouveau-nés sont en général peu fréquentes. Autrefois l'ophthalmie varioleuse produisait presque autant d'achlys que l'ophthalmie scrofuleuse. Les pustules ou même les pseudo-pustules qui se développent ici sur le feuillet conjonctival de la cornée, laissent inévitablement après elles des taches de cette espèce, si elles n'amènent pas de plus grandes altérations. Ces achlys étaient considérées, non pas entièrement avec raison, pensons-nous, tout comme aussi incurables que les achlys accompagnées de cicatrice. On rencontre aussi, par-ci par-là, quelques achlys qui ont été causées par l'ophthalmie d'Égypte; mais ce que nous avons dit plus haut, concernant l'ophthalmie des nouveau-nés, leur est principalement applicable, pour servir d'interprétation à la manière dont cette cause agit.

Les achlys accompagnées de cicatrice sont souvent la suite de lésions traumatiques de la cornée, après la kératonyxis dans laquelle l'instrument a été introduit par la partie centrale, et même après d'autres piqûres, plus ou moins grandes, ayant ou non perforé cette membrane. Après une lésion de cette nature, il reste inévitablement, si la suppuration a eu lieu, au moins une cicatrice. D'autres divisions plus considérables de la cornée, telles que celles qu'on pratique dans l'opération de la cataracte par extraction, déterminent une cicatrice grisâtre proportionnée à l'étendue et à la direction de la plaie, et qui se trouve dans les circonstances et les rapports les plus avantageux : cette cicatrice, avec l'exsudation périphérique qui l'entoure, appartient à la catégorie des achlys, quand d'ailleurs elle ne leur ressemblerait pas par sa forme et son étendue. L'ulcère de la cornée, quand il arrive à la cicatrisation, laisse aussi après lui,

quoique rarement, une *achlys cicatrix* ; habituellement c'est à un leucôme qu'elle donne naissance.

L'achlys a une couleur grise, parfois un peu grise-jaunâtre, et même une couleur tirant sur le vert, mais dont la teinte principale reste pourtant toujours grise. Elle est circonscrite, peu développée, et jamais étendue. On ne la voit pas s'élever au-dessus de la surface de la cornée, et la proéminence, qui est un caractère essentiel du leucôme, ne s'y rencontre dans aucun cas. Elle est inégale parfois, comme à facettes ; ce qui dépend d'une tension et d'une extension inégales de la cornée au lieu où existe la tache : ceci n'a jamais lieu dans les taches accompagnées de cicatrice.

Si cette disposition à facettes est développée à un certain degré près du centre de la cornée, elle prend une forme prismatique et devient la cause de la vision de couleurs anormales, de chromatopsie. L'endroit à facettes scintille à l'extérieur et paraît être le siége où se jouent les différentes couleurs.

Ce sont des taches semblables que quelques écrivains ont voulu considérer comme une tache particulière de la cornée, de couleur perlée (*macula margaretacea*), en la rangeant comme une espèce particulière à côté de la *macula achlys*. Il n'existe pas de différence essentielle entre les deux taches, soit sous le rapport pathogénétique, soit sous les rapports du pronostic et du traitement.

Chelius a encore remarqué d'autres colorations dans l'achlys avec cicatrice ; il les fait dériver du pigment renfermé dans la plaie des corps étrangers qui auraient perforé la cornée. Sa description des prodrômes de l'ensemble de ce processus n'est pas complète. La rouille restant dans la cavité de la cornée, dans laquelle s'est logée une étincelle d'acier, ne demeure pas enfermée dans la plaie : sa présence empêche au contraire la guérison aussi longtemps qu'elle subsiste ; mais elle est peu à peu entraînée par les larmes. La tache de la cornée qui se forme de cette manière est uniformément grise, comme toute autre, et n'a jamais une couleur brunâtre. On voit par là que les faits de pigment de corps étrangers, enfermé dans les plaies cicatrisées, appartiennent à l'histoire de ces derniers, mais pas à celle des taches de la cornée.

L'achlys est toujours exactement circonscrite, elle a des bords un peu brusquement terminés, non effacés, et pourtant n'offre pas une forme géométrique, déterminée et régulière. Elle a son siége dans la cornée dont l'état est d'ailleurs tout à fait sain, qui jouit de ses propriétés normales, qui reste transparente et entièrement claire

tout autour de la tache. S'il existe plusieurs achlys, même très-voisines les unes des autres, l'espace qui les sépare, quoique peu considérable, conserve sa clarté et sa transparence. On trouve cependant quelquefois entre deux taches des raies étroites, des espèces de ponts qui les réunissent. Mais le plus souvent elles restent isolées et sans aucune espèce de liaison. Dans l'achlys récente, on rencontre encore quelques dilatations vasculaires ; plus tard, celles-ci disparaissent complétement, et on aperçoit à peine un ou deux points variqueux, qui n'ont avec la tache aucune communication ni aucune relation de vitalité organique. Les sécrétions de l'œil sont en même temps tout à fait normales : il n'y a pas excès dans la sécrétion des larmes ou des mucosités ; il n'existe ni photophie ni irritation morbide, et l'œil peut supporter facilement un travail pénible sans en être incommodé.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Annales de la Chirurgie française et étrangère.

Les tomes XI et XII (année 1844) renferment les travaux originaux suivants : 1) *De l'inflammation de l'uvée*, par M. d'Ammon ; 2) *Ophthalmie purulente chez un nouveau-né*, par M. Dumoulin ; 3) *De l'ophthalmie purulente des nouveau-nés*, par M. d'Arcet ; 4) *Traitement des ophthalmies purulentes*, par le même ; 5) *De la mélanose de l'œil*, par M. d'Ammon ; 6) *Mémoire sur la pupille artificielle*, par M. Pugliatti. (Rien qui ne soit très-connu.)

De l'inflammation de l'uvée ; par M. D'Ammon.— L'uvéite est *primitive* ou *secondaire*. L'inflammation du parenchyme ou de la face antérieure de l'iris se transmet aisément à l'uvée ; mais parfois l'inflammation se développe primitivement dans celle-ci, et y persiste, sans qu'il y ait affection simultanée du parenchyme de l'iris ou de l'hydroméninge.— L'inflammation peut aussi s'étendre à la cristalloïde, et *vice versa*. Quand elle envahit les deux membranes à la fois, il y a *irido-périphakite*.

Au début de l'uvéite, le bord pupillaire est plus mince et plus tranchant que dans l'état normal ; il est pour ainsi dire dentelé, un

peu tourné en arrière ; il y a *entropion de l'iris*. Parfois ce bord est tellement teint de pigment, qu'à la loupe on y découvre un cercle noir. — Le mouvement pupillaire est lent, et même presque nul. — Il peut exister une bande d'un gris-argentin foncé autour de la pupille arrondie.— Dans certains cas, cette ouverture est oblongue, ou irrégulière, avec un bord dentelé. — L'iris, à cette période de la maladie, reste sain ; ce qu'indique la persistance de sa coloration normale.— Un cercle bleu (le cercle veineux de l'iris gorgé de sang noir) apparaissant à travers la sclérotique, entoure la cornée et l'iris ; le cercle pupillaire devient plus épais et fait saillie dans la chambre antérieure ; des sillons, s'irradiant du cercle pupillaire à la sclérotique, effacent le cercle moyen et le cercle ciliaire. Ces sillons sont noirs ou d'une teinte obscure ; leurs intervalles offrent une coloration plus claire. L'iris prend un aspect cadavéreux.— Tels sont les symptômes qui résultent d'un accroissement de la sécrétion pigmentaire dans le parenchyme de l'iris, lorsque l'inflammation de l'uvée s'est propagée à cette membrane.

Lorsque la phlogose uvéenne augmente, il s'épanche sur la membrane de la lymphe coagulable jaune, avec un reflet brun, que l'on reconnaît à des élévations sur le bord dentelé de l'uvée ; vers le bord pupillaire, elles deviennent des espèces de boutons. — Parfois de petits corpuscules bruns, appelés *condylômes* par quelques ophthalmologues, se montrent sur le bord de l'anneau pupillaire de l'iris.— Ordinairement la pupille perd alors de ses dimensions et de ses mouvements, l'éclat de l'iris s'efface. Par les progrès de la maladie, le bord pupillaire noir devient plus large et inégal, l'iris s'épaissit, perd complétement sa mobilité, subit divers changements de coloration.— Un iris *brun* prend une *teinte verdâtre*, entremêlée de taches brunes anguleuses ; un iris *bleu* devient *gris* ou *gris-jaunâtre*.— Si la maladie n'est pas arrêtée dans ses progrès, la pupille se rétrécit peu à peu, et finit par disparaître, par l'effet de l'épaississement de l'iris et de l'uvée, et de l'accroissement d'exsudation. — Des exsudations séreuses, triangulaires, apparaissent souvent sur la face antérieure de l'iris ; des tubercules jaunes « poussent l'uvée et se montrent sur le cercle pupillaire. » Ces tubercules naissent par une base large du cercle ciliaire de l'iris ; leur sommet est dirigé vers le cercle capsulaire. M. d'Ammon leur a donné le nom de *ptérygions de l'iris* ; il en a compté jusqu'à huit dans un œil. Leur accroissement est en rapport avec l'intensité et les progrès de la phlegmasie uvéenne ; la capsule cristalline reste obscurcie, « de la même ma-

nière que la cornée, par l'effet des ptérygions. » Près de ces exsudations, on aperçoit de petites mucosités jaunes, en sorte que la pupille est presque complétement obstruée.

La résorption amincit parfois la face antérieure de l'iris au point qu'il semble que les fibres solides de cette membrane séparent l'uvée proéminente en plusieurs saillies simulant une grappe de raisin.

Le trouble assez fréquent de la cristalloïde tient à ce que, dans le cours de l'uvéite, la capsule s'enflamme ; coïncidence qu'explique la connexion intime que le cercle capsulo-ciliaire établit entre la capsule cristalline et l'uvée. L'uvéite devient alors une irido-périphakite. Le trouble capsulaire est de nature inflammatoire ; le nuage s'épaissit de plus en plus ; il se forme de petites taches de forme et de couleur variées, que l'on aperçoit aisément à la loupe ; elles sont ordinairement blanches, parfois brunes, ou d'un brun-noirâtre. — On ne doit pas les considérer comme dues à un dépôt pigmentaire. — Presque toujours à l'irido-périphakite succède une synéchie totale incurable. — Nous passerons sur les symptômes objectifs assez connus de l'irido-périphakite. — Nous ne nous arrêterons également pas aux symptômes subjectifs de l'uvéite décrits par l'auteur.

Parlant de la nature de l'*uvéite*, M. d'Ammon s'exprime ainsi :

« Cette inflammation consiste en une accumulation du sang pathologique dans les vaisseaux capillaires, d'où résultent d'abord une congestion, puis une sécrétion plus abondante et altérée de pigment, enfin l'apparition de substances plastiques sur cette membrane. L'uvée n'est pas toujours seule en proie à l'inflammation : d'ordinaire, d'autres parties de l'iris et de l'œil souffrent en même temps, par exemple la capsule du cristallin, la rétine et la choroïde ; ce que prouvent surtout la diminution soudaine et l'altération de la vue, quand la pupille n'est pas encore close par l'exsudation. »

Le mode de développement de la maladie semble varier d'après la constitution du malade, son tempérament, sa condition, son genre de vie et le climat. « Mais ce qui paraît ne pas être douteux, « dit M. d'Ammon, c'est qu'au fond de l'uvéite il y a dans le corps « du malade une dyscrasie, ou spontanée, ou venue du dehors. » Cette cause se manifeste d'abord comme congestion vers la tête, puis comme congestion vers les yeux. Il n'est pas question ici seulement de la goutte, des scrofules ou de la syphilis, mais aussi des altérations spontanées des humeurs, par exemple, de cette dyscrasie qui n'est pas rare chez les femmes vers l'époque de la ménopause, ou à la suite des couches épuisantes. « On peut en dire autant des

« hémorrhoïdes, surtout lorsqu'elles sont accompagnées de pléthore « ou de cachexie veineuse. Ici la veine-porte est le siége du mal, et « l'uvéite pourrait être appelée *hémorrhoïdes de l'œil.* » La dyscrasie impétigineuse doit être rangée au nombre des causes de la maladie.

Pour ce qui est du traitement, les indications à remplir sont « d'abord de combattre l'inflammation locale, puis d'attaquer la dys« crasie générale et de favoriser la résorption des exsudations plasti« ques, et de ramener, s'il est possible, la sécrétion du pigment à « des conditions normales. » L'auteur entre ici dans des détails pratiques connus.

M. d'Ammon a négligé de parler de divers modes de manifestation de l'uvéite; ce qui nous donne à supposer que le mémoire qu'il a fourni aux *Annales de la Chirurgie française et étrangère* a une seconde partie qui sera, sans doute, incessamment publiée.

Ophthalmie purulente chez un nouveau-né; par M. Dumoulin. — L'auteur a observé à la clinique de M. Vidal de Cassis, à l'hôpital du Midi, un fait d'où il résulte que l'ophthalmie d'un nouveau-né est susceptible de se transmettre à ceux qui le soignent. — Nous ne pensons pas qu'il existe beaucoup de médecins qui révoquent en doute la nature contagieuse de ce mal d'yeux.

De l'ophthalmie purulente des nouveau-nés; par M. d'Arcet. — Ce mémoire ne contient rien de neuf. Parlant de l'inoculation de la matière blennorrhagique ou leucorrhéïque pendant le passage de la tête à travers le bassin, l'auteur entre dans quelques considérations que nous croyons devoir reproduire :

« Cette opinion, qui jouit d'une assez grande faveur, a cependant, dit-il, été attaquée par M. Velpeau au moyen d'un argument plus spécieux que réel peut-être, mais qui n'en a pas moins une assez grande valeur : *c'est que l'enfant vient au monde les yeux fermés et les paupières en quelque sorte replîées sur elles-mêmes.*— On peut répondre à cela que le sillon interpalpébral, l'espèce de sinus linéaire, enfin, qu'il forme, peut, au contraire, servir de réceptacle à ce liquide contagieux et le transmettre immédiatement, et dans les circonstances les plus favorables à l'inoculation, au moment où cessera l'occlusion des voiles palpébraux. Aussi M. Mackenzie, qui semble redouter quelque chose de semblable, blâme-t-il fortement la négligence qu'on met, en général, à laver les yeux des enfants aussitôt qu'ils sont nés, »

Traitement des ophthalmies purulentes ; par M. D'ARCET.— « Dans l'aspect général de la maladie, abstraction faite de cause, de pays, d'âge, trois phénomènes apparaissent, constants, inséparables, pathognomoniques :

1° Un état local } qu'on peut appliquer aux phlegmasies ;
2° Un état général }
3° Des altérations anatomiques concomitantes ou consécutives. »

Des indications thérapeutiques découlent de ces symptômes, et M. d'Arcet trouve, avec M. Mackenzie, que le traitement qui réussit le mieux consiste dans l'emploi des *antiphlogistiques*, d'une part, et des *astringents*, de l'autre. Ces deux ordres de moyens doivent être mis en usage avec soin. — Les altérations organiques *consécutives* n'occupent pas l'auteur ; il n'a compris dans son travail que celles qui accompagnent toujours, ou du moins fréquemment, les ophthalmies purulentes (granulations, ulcérations, pannus, ptérygion). — D'après M. d'Arcet, toute ophthalmie purulente doit être soumise : 1) à une médication générale ou dynamique ; 2) à une médication locale ou topique.

Dans le *traitement général* : saignée veineuse jusqu'à la syncope ; artériotomie; sangsues à la tempe ou à l'apophyse mastoïde, à la face interne des paupières, appliquées en permanence ; ventouses scarifiées. — Il faut interroger l'état du pouls, car des saignées trop abondantes affaiblissent le malade et peuvent hâter la désorganisation de l'œil : dans l'ophthalmie gonorrhoïque, elles doivent surtout être faites au début de la maladie, le plus hardiment possible et sans le moindre retard. — Chez les enfants, on peut appliquer une ou deux sangsues à la région temporale ; mais les scarifications conjonctivales sont préférables.—Ces scarifications peuvent s'employer chez les adultes en même temps que les saignées ; on y revient tous les deux ou trois jours. L'excision proposée par M. Tyrrell (*Annales d'Oculistique*, vol. II, p. 35) est toujours favorable ; elle dégorge abondamment et pare à l'étranglement kératique et à ses suites si funestes. — Le malade doit séjourner dans un appartement très-aéré et *soustrait à la lumière* (!), et être soumis au régime des affections graves.— Les purgatifs peuvent être associés aux saignées : ils exercent une action à la fois révulsive et dynamique ou hyposthénisante. Certains états de la langue et des voies digestives en indiquent l'emploi. — M. d'Arcet pense que les émétiques, à cause des effets du vomissement, congestionnent la tête. — Il ne tient ni au copahu ni au cubèbe dans l'ophthalmie gonorrhoïque.— On associe avantageu-

sement à ces moyens les pédiluves sinapisés et les boissons diaphorétiques. — Dans l'ophthalmie des nouveau-nés, les moyens généraux perdent de leur importance ; c'est dans les moyens locaux qu'il faut chercher le salut.

Traitement local. M. d'Arcet rapporte quelques observations tirées de la clinique de M. Velpeau, qui n'emploie pour son traitement qu'une dissolution de nitrate d'argent (2 grammes ou 36 grains sur 32 grammes ou une once d'eau), et parfois, mais très-rarement, des purgatifs.— L'auteur rejette les émollients, insiste beaucoup sur les soins de propreté.— Le nitrate d'argent solide, et mieux encore sa dissolution, constituent pour lui les meilleurs moyens de produire la contraction des vaisseaux enflammés ou congestionnés, et d'arrêter ou de diminuer l'écoulement. La solution doit être d'autant plus concentrée que la conjonctive est plus boursoufflée, le mal plus ancien.— Il ne faut pas se borner à une seule application du collyre, mais la répéter tous les jours ou tous les deux jours. — Malgré les succès de M. Velpeau, l'auteur ne voudrait pas abandonner les moyens dynamiques, qu'il veut toujours faire marcher de pair avec les moyens locaux.

Comment expliquer l'action du nitrate d'argent ? Est-il caustique ou spécifique ? agit-il par contraction sur les vaisseaux comme astringent, ou imprime-t-il à la maladie un caractère nouveau ? L'auteur préfère admettre, avec M. Blandin, « que le nitrate argentique mo« difie la vitalité des tissus par une réaction inconnue dans son « principe, mais dont l'existence ne peut être mise en doute, et qui « paraît plus évidente encore sur les muqueuses que sur les autres « organes. » Cette explication satisfera ceux qui sont peu difficiles.

Un chapitre intitulé : *Traitement des granulations*, est emprunté aux écrivains belges, et en particulier à M. Gouzée ; huit ou dix lignes sont consacrées au *pannus* et au *ptérygion.* — Un chapitre sur le traitement prophylactique termine le mémoire.

Comme on le voit, M. d'Arcet a perdu de vue qu'il devait nous initier à la conduite à tenir dans les complications *concomitantes.* Le ramollissement de la cornée, qui ne permet pas de recourir aux instillations de solution argentique concentrée, ne l'occupe nullement. Son travail n'en a pas moins le mérite de faire ressortir l'utilité des moyens dynamiques, trop généralement abandonnés : nous eussions seulement désiré voir l'auteur mieux préciser leurs indications, qui se tirent non pas seulement de l'état général du sujet, mais des signes objectifs fournis par les membranes oculaires tant externes qu'internes, et par divers signes subjectifs.

De la mélanose de l'œil; par M. d'Ammon. — La cause de la récidive de la mélanose, après l'extirpation de l'œil, « tient à ce que cette af« fection n'a pas son siége dans l'œil, mais dans la graisse qui l'en« toure, tissu qu'on ne connaît pas bien encore, ni sous le rapport « anatomique, ni sous le rapport physiologique. » Lorsque la mélanose orbitaire se développe, le globe demeure assez longtemps intact : il n'éprouve d'abord que de la pression et une propulsion qui produisent peu à peu l'exophthalmie ; mais plus tard la mélanose l'affecte et en cause la dégénérescence. — M. d'Ammon dit avoir observé des mélanoses qui siégeaient dans le globe, la graisse orbitaire étant saine : le mal se bornait au bulbe et en déterminait l'atrophie sans compromettre la vie du malade. Il y aurait donc à distinguer deux espèces de mélanose oculaire ; celle de l'orbite, qui est incurable; celle du globe qui est guérissable. — L'ophthalmologue allemand n'a jamais vu la mélanose *percer* la sclérotique pour se répandre dans la graisse orbitaire et déterminer la dégénérescence de celle-ci ; il croit même que la chose est anatomiquement impossible.

Bulletin général de Thérapeutique

Cristallin passé dans la chambre antérieure depuis un an. Emploi de la pommade de Gondret. Résorption; par le docteur Miquel. — Ce fait a été recueilli par l'auteur dans les salles de M. Lisfranc. Le cristallin était passé dans la chambre antérieure pendant une opération de cataracte pratiquée en ville une année auparavant. Il ne s'était pas opéré la moindre résorption. M. Lisfranc a fait usage de la pommade de Gondret, en *application journalière* sur le sommet de la tête. En six semaines les quatre cinquièmes du cristallin étaient résorbés. — M. Miquel a également vu, dans le service de M. Lisfranc, une femme chez laquelle une partie du cristallin broyé séjournait depuis quinze mois dans la chambre antérieure sans que l'absorption se fit ; l'autre œil était amaurotique. — Après un mois d'application de la pommade de Gondret sur la partie antérieure et supérieure de la tête, les débris du cristallin avaient entièrement disparu. Au bout de deux mois, la résorption était complète ; la vue était devenue assez bonne.— M. Miquel a observé plusieurs cas d'amaurose guéris par M. Lisfranc au moyen de la pommade ammoniacale.

De la chute de la paupière supérieure et de son traitement ; observation de ptosis sans paralysie des muscles de l'œil ; par M. Aug. Bérard.— Plusieurs causes concourent à la production du *ptosis* : 1) tantôt c'est une contraction énergique et permanente de l'orbiculaire ; 2) tantôt c'est un gonflement de la paupière supérieure dont le tissu cellulaire est œdématié, d'où longueur et laxité extrêmes de la peau et impuissance du muscle élévateur ; 3) tantôt, enfin, c'est l'abolition des fonctions de ce muscle par suite d'une paralysie de la troisième paire. — Dans ce dernier cas, la paupière est abaissée comme pendant le sommeil ; nul gonflement, nulle rougeur ; la paupière se laisse relever, l'orbiculaire n'étant point contracté. L'œil est dévié en haut et en dehors, la pupille largement dilatée, immobile. — Dans un cas rapporté par M. Bérard, la paralysie ne portait que sur les muscles de la paupière supérieure ; il n'existait ni strabisme ni mydriase ; il n'y avait en un mot que paralysie partielle de la troisième paire, et les faits de cette nature sont des plus rares. Boyer et Janin en citent chacun un exemple ; M. Mackenzie dit l'avoir observée quelquefois. Mais « aucun de ces auteurs, dit M. Bé« rard, n'a parlé de l'élévation du sourcil, si considérable chez notre « malade. » Cette élévation, le professeur parisien l'explique par les efforts de l'occipito-frontal pour remplir les fonctions du muscle élévateur paralysé.— Le traitement à opposer à l'espèce de ptosis dont parle M. Bérard est *palliatif* ou *curatif*. « Le traitement palliatif « consiste à pincer transversalement la paupière supérieure à l'aide « d'un petit instrument qui offre quelque analogie avec celui qui « sert à fixer le linge sur les cordes où il doit sécher. Deux tiges « arrondies de fil de fer, recourbées sur elles-mêmes pour s'accor« der à la courbure des paupières, libres à une extrémité, réunies à « l'autre par un petit ressort en spirale qui les tient rapprochées « et parallèles ; » tel est l'appareil dont s'est servi M. Bérard. M. Sichel a donné dans nos *Annales* (vol. XII, p. 188), la description d'un instrument semblable : nous renvoyons nos lecteurs à cette description.— Le traitement curatif consiste à pratiquer dans la paupière une perte de substance en rapport avec le degré de ptosis. Scarpa a remarqué que l'opération réussit mieux quand on fait la section d'un lambeau palpébral près du sourcil, que lorsqu'on la pratique vers le milieu ou le bord libre de la paupière ; Hunt a donné l'explication du succès : on relie ainsi directement la paupière aux fibres inférieures de l'occipito-frontal, de telle sorte que ce muscle entraînant le sourcil en haut, tire dans le même sens sur

la paupière et en produit l'élévation. — Nos lecteurs savent que M. Bérard suit, pour le retranchement d'un lambeau palpébral, la conduite que nous avons recommandée pour l'entropion, c'est-à-dire qu'il place les épingles avant d'exciser.— Il va sans dire qu'il faut se garder de produire une trop grande perte de substance : elle aurait pour effet de produire un écartement permanent des paupières.

Lorsqu'il arrive des accidents après l'opération de la fistule lacrymale par la canule, on peut ne pas retirer celle-ci; par M. Miquel. — Un malade portait une fistule lacrymale pour laquelle on avait placé une canule. Pendant dix-huit mois il avait été guéri de sa fistule ; mais au bout de ce temps apparut une tumeur lacrymale qui s'ouvrit et suppura; la tuméfaction des parties molles du grand angle était considérable. M. Lisfranc reconnaissait l'indication de retirer la canule ; mais avant de s'y décider , il voulut tenter de dissiper l'inflammation et l'engorgement. Il employa à cet effet des sangsues à l'apophyse mastoïde, des cataplasmes émollients, des purgatifs, un vésicatoire derrière l'oreille.—Après douze jours, tout avait disparu; l'ouverture de la fistule s'était fermée, et les larmes suivaient leur cours à travers la canule.

Observation d'un cas remarquable de pupille artificielle pratiquée pour remédier aux suites d'une opération de cataracte par extraction; par M. J. Garin, de Lyon. — Une dame, âgée de 65 ans, avait subi l'extraction de la cataracte en 1843; une inflammation intense avait produit l'oblitération des deux pupilles, l'opacité de la cornée gauche dans toute son étendue, et la perte de transparence de la moitié inférieure de la cornée droite. — Cette dame vint trouver M. Bonnet, qui lui pratiqua, le 17 septembre 1841, l'opération suivante : L'œil droit étant fixé comme dans l'opération du strabisme, le chirurgien lyonnais a ouvert la chambre antérieure par une incision en forme de croissant, pratiquée avec le couteau de Beer, parallèlement au bord inférieur de la cornée, « et prenant ce bord avec une petite « pince, il le fit soulever par l'aide qui fixait l'œil ; puis avec une « autre petite pince il saisit la partie supérieure de l'iris, qu'il « voyait nettement, et la soulevant avec délicatesse, l'excisa d'un « coup avec de petits ciseaux courbes sur le plat. » Hémorrhagie ; instruments enlevés avec rapidité, « *et l'on se retira très-incertain*

« *du résultat qui pourrait être obtenu, mais priant Dieu, comme le* « *bon Paré, que tout allât pour le mieux.* »

Nos lecteurs pourront comparer la conduite tenue en cette occasion, par M. Bonnet, avec celle suivie dans deux cas analogues par M. Maunoir (*Annales d'Oculistique*, vol. V, p. 17). Les opérations du chirurgien de Genève ont été suivies d'un résultat aussi brillant que prompt; et nous pourrions rapporter ici les détails de plusieurs opérations entreprises par nous dans les mêmes circonstances et suivies d'un succès égal.— Ce n'est que vers la fin de la deuxième semaine que l'on put constater, chez l'opérée de M. Bonnet, que « la cornée « était restée transparente à la partie supérieure, et qu'une ouver- « ture pupillaire, plus grande que celle qui existe dans l'état nor- « mal, lui correspondait exactement. » A la fin du premier mois, elle commença à distinguer ses doigts, à reconnaître les parties de son appartement où se trouvait quelque meuble, quelque personne. Les progrès de la vision se firent lentement : quand la malade quitta Lyon, après six semaines, elle ne pouvait encore reconnaître personne, mais elle distinguait facilement des pièces de monnaie, etc.— Aujourd'hui (décembre 1845), dit M. Garin, l'opérée peut « non- « seulement se conduire, mais lire, coudre, et faire, sans se fatiguer, « des travaux minutieux. » Ce résultat, M. Garin ne l'a pas constaté : ce sont les parents qui l'ont fait connaître à M. Bonnet.

La comparaison du procédé suivi par M. Bonnet, qui a respecté la capsule obscurcie,— capsule dont ne parle pas M. Garin,— et du procédé de M. Maunoir, qui divise iris et cristalloïde, — donne la raison de la préférence à accorder à la manière de faire de l'opérateur suisse ; à cause de la lenteur et de l'incertitude du résultat lorsqu'on ne fait qu'entamer l'iris dans un cas analogue à celui auquel a eu affaire le chirurgien français. Plusieurs opérateurs eussent eu recours ici à l'iridectomédyalise, mais sans doute sans obtenir un résultat aussi brillant que celui signalé par M. Garin, si tant est que l'on n'ait pas exagéré auprès de M. Bonnet la somme de vision récupérée par sa malade.

De quelques accidents consécutifs à l'extraction de la cataracte, et en particulier de la fonte purulente de la cornée et du globe oculaire ; des moyens de prévenir ces accidents ; par le docteur Sichel. — Ce mémoire se rattache d'une manière intime aux études sur la cataracte que le savant ophthalmologue parisien a publiées dans

nos *Annales*. La suppuration de la cornée, qui entraîne presque toujours la fonte du globe, est un accident grave qui ne vient que trop souvent compromettre l'opération de la cataracte par extraction. — Le premier symptôme par lequel cette suppuration se manifeste d'ordinaire est la présence d'une petite quantité de liquide terne et séreux d'abord, et bientôt mêlé d'un peu de matière muco-purulente, qui, humectant le bord libre des paupières et les cils, s'accumule près du grand angle de l'œil. Un peu plus tard, quelquefois en même temps, la partie du bord libre des paupières dans laquelle sont implantés les cils se gonfle et prend une teinte rouge sombre, un peu bleuâtre et luisante, et une légère apparence d'infiltration œdémateuse. — Ce début de l'affection n'a pas toujours lieu le second jour après l'opération, comme l'a dit M. Maunoir (*Annales d'Oculistique*, 2e volume supplémentaire) ; il survient souvent très-tard : M. Sichel rapporte une observation dans laquelle les premiers symptômes n'ont paru que vers le dixième jour; deux fois nous avons nous-même noté cette manifestation tardive : une fois le septième jour, l'autre fois le huitième jour après l'opération. Qu'on se garde donc, répéterons-nous avec M. Sichel, de triompher trop tôt et de regarder la guérison comme assurée avant d'avoir levé l'appareil et de s'être assuré, par l'examen attentif de l'œil, que la cicatrisation est complète et qu'il n'y a plus de phlegmasie. — Les symptômes dont il vient d'être question ne marchent pas toujours sans arrêt lorsqu'une fois ils se sont montrés ; au contraire, ils restent souvent stationnaires durant plusieurs jours, quelquefois même pendant une semaine. M. Sichel ne se laisse pas abuser par ce calme trompeur : si un traitement approprié ne les a pas dissipés vers le troisième jour, il se hâte d'ouvrir l'œil malade pour reconnaître quelle est la cause qui agit, et pour modifier, d'après sa nature, les moyens thérapeutiques. L'inaction durant quelques jours peut être funeste. Lorsque, au bout de trois ou six jours, on fait l'inspection de l'organe malade, on peut trouver une partie plus ou moins grande de la cornée, ou même sa totalité, infiltrée de pus, et le mal irremédiable. La surface externe des paupières encore réunies par les bandelettes de taffetas anglais, n'offre aucun autre symptôme que ceux mentionnés ; le malade n'éprouve pas la moindre douleur : il y a cependant soit une inflammation dans le voisinage de la cornée, avec ou sans tendance encore à la suppuration, soit un écartement plus ou moins considérable des lèvres de la plaie avec suppuration commençante, parfois avancée dans ces lèvres, non accompagnée

d'inflammation appréciable, ou suivie seulement d'une inflammation secondaire qui ne croît que plus tard. Si le chirurgien n'agit pas, la suppuration s'étendra de plus en plus, envahira toute la cornée. — C'est assez dire pour que l'on comprenne qu'il faut toujours ouvrir l'œil à cette époque, si le traitement antiphlogistique ne dissipe pas au bout de quelques jours les symptômes indiqués.

On aura remarqué parmi ces symptômes l'absence complète de la douleur. Celle-ci, en effet, n'a lieu que lorsque l'inflammation n'est pas bornée à la cornée, mais s'étend aux membranes internes et surtout à l'iris. L'iritis, qu'elle suive l'extraction ou reconnaisse toute autre cause, est fréquemment accompagnée de douleurs qui suivent le trajet du nerf sus-orbitaire, et dont on sait la manière d'être. Aussi le traitement antiphlogistique doit-il être énergique comme dans l'iritis et l'ophthalmie interne, et n'être abandonné que lorsque l'inflammation a entièrement cessé. — Il est bon de faire remarquer que l'iritis, après l'extraction de la cataracte, survient quelquefois sans douleurs ni autres signes appréciables avant l'inspection de l'œil.

Quelle que soit la période de l'inflammation dont il s'agit ici, toujours, si les symptômes ne cessent sans traces, ils augmentent, tantôt successivement et lentement, tantôt rapidement, et souvent dès les premiers jours et d'une manière suraiguë. — La sécrétion, la tuméfaction et la rougeur des paupières, surtout de la supérieure, s'accroissent, envahissent la totalité de ces voiles, qui deviennent plus rénitents par degrés. Le liquide sécrété, en augmentant de quantité, change de consistance et de couleur, devient épais, jaune plus ou moins foncé, et purulent. La légère teinte rouge-bleuâtre de la peau palpébrale devient rouge-vermillon foncé; la tuméfaction du bord libre s'étend à tout le tissu des paupières et perd son aspect œdémateux. — Si à cette époque on ouvre les paupières, ce qui ne se fait pas sans difficultés ni douleurs pour le malade, on trouve la conjonctive oculaire fortement gonflée et soulevée par un chémosis phlegmoneux; elle se replie en bourrelet sur le bord de la cornée, et le lambeau est écarté de la partie de cette membrane qui correspond à son bord libre. Au plus haut degré de la maladie, le lambeau est soulevé à angle droit ou obtus par le pus plus ou moins épais épanché entre les lèvres de la plaie, et infiltré de cette même matière dans la plus grande partie de son étendue; l'épanchement a lieu dans les deux chambres de l'œil. Tout ce qu'on fait alors ne peut rétablir la transparence de la cornée; un traitement antiphlogistique

peut tout au plus prévenir l'ophthalmite, c'est-à-dire l'augmentation de volume du globe, sa saillie hors de l'orbite et sa fonte purulente.— La suppuration n'est pas toujours complète. Lorsqu'on fait l'inspection de l'œil à une époque plus ou moins rapprochée du début des symptômes, elle n'occupe qu'une partie du lambeau. Sous l'emploi des moyens appropriés, on réussit parfois, surtout si l'affection ne suit pas la marche suraiguë, à l'arrêter à peu près à l'état où on l'a trouvée, et le malade au moins n'est pas forcé de porter un œil artificiel, chose importante, surtout pour les classes peu aisées et par les marchands d'yeux qui courent.

Rarement une partie de la pupille reste libre ; parfois elle est recouverte par une fausse membrane, et une portion de cornée et d'iris conserve son intégrité, et permet d'établir une pupille artificielle. — Dans tous les symptômes énumérés avec soin par M. Sichel, il n'y a, à son avis, rien qui puisse être comparé à la mortification. C'est toujours une suppuration manifeste plus ou moins étendue, débutant toujours dans les lèvres de la plaie, et s'étendant de là de proche en proche, par l'infiltration de la matière purulente, entre les lames de la cornée. — Si, exceptionnellement et dans les cas de marche plus lente, la cornée, au lieu de l'aspect d'un bourbillon ou d'un vaste onyx, présente plutôt une surface opaque, d'une teinte plus grisâtre que jaune, cela ne saurait, à coup sûr, être regardé comme l'analogue de son sphacèle. Il y a alors simplement mélange d'une matière fibro-albumineuse avec le pus : on s'explique parfaitement bien cette teinte par l'analogie avec ce qui arrive dans une kératite simple, où l'onyx est toujours précédé d'une infiltration interlamellaire grisâtre, et où les plus vastes abcès dans le tissu de cette membrane, et même dans la chambre antérieure, à cause d'une sécrétion simultanée d'une matière fibro-albumineuse grisâtre, conservent une teinte plus grise que jaune.

M. Sichel rapporte trois observations qui expliquent d'une manière très-nette tout ce qui vient d'être dit. Nous n'avons pas besoin de rappeler à nos lecteurs que le professeur de Paris n'a pas adopté l'extraction comme méthode exclusive (voir *Annales d'Oculistique*, vol. XIV, pp. 75-111-155).

Il nous reste maintenant à suivre M. Sichel dans l'étude du point important de pathologie oculaire qui fait le sujet de son mémoire : c'est ce que nous ferons dans notre prochaine livraison.

Nouvelle méthode d'employer les frictions mercurielles bellado-

nées dans certaines inflammations oculaires ; par M. Chassaignac. — Ce chirurgien a fait la remarque, dans son service à l'Hôtel-Dieu de Paris, que la partie supérieure du crâne, depuis la racine des cheveux jusqu'à l'occiput, dans un espace de trois travers de doigt, est une surface éminemment absorbante : la peau semble avoir en cet endroit une force d'absorption plus forte encore qu'aux aines ou aux aisselles. C'est sur cette partie médiane et supérieure du crâne, préalablement rasée, que M. Chassaignac fait pratiquer, deux fois par jour, des onctions mercurielles belladonées dans certaines ophthalmies qu'il aurait pour le moins bien dû spécifier : nous ne pensons pas que ce chirurgien soit d'avis que l'on puisse raser impunément tout ou partie de la tête dans n'importe quelle inflammation de l'œil.

Ophthalmie, suite de l'administration de l'iodure de potassium ; par M. Miquel. — Un malade atteint de syphilis constitutionnelle fut admis à l'hôpital du Midi, où on le traita par l'iodure de potassium à la dose de 3 grammes (54 grains) par jour.— Les premières doses du médicament ont déterminé un coryza très-prononcé, et bientôt il s'est manifesté des pustules croûteuses disséminées sur le front, sur la face et sur les membres. — Une céphalalgie continuelle et assez intense se déclara en même temps. Bientôt la vue s'est troublée et a perdu beaucoup de son étendue. Il distinguait moins bien qu'auparavant les objets éloignés ; et lorsqu'il s'en rapprochait, ces objets semblaient danser devant lui. Vers le quinzième jour du traitement, ces symptômes s'étant amendés, la dose d'iodure de potassium fut portée à 4 grammes (72 grains). Huit jours après cette augmentation, le malade a senti des élancements douloureux dans l'orbite gauche : ces élancements se propageaient dans la tête, allaient correspondre surtout au sommet ; la sensation douloureuse se propageait aussi dans l'oreille et la mâchoire du même côté, ainsi que dans l'aile gauche du nez.— Ces symptômes se sont manifestés le 7 juin et sont allés en augmentant. — Le 10, le côté interne de la conjonctive offrait une injection vasculaire très-marquée, et le côté externe présentait une coloration rouge uniforme avec chémosis séroso-sanguin. Les douleurs de la tête et de l'œil s'étaient accrues. Il y avait un peu de malaise fébrile. Le malade ne voyait que très-vaguement les objets placés au pied de son lit, et lorsqu'on les rapprochait, il éprouvait en les fixant une douleur vive suivie de blépharospasme prononcé. — Il n'y avait pas de photopho-

bie proprement dite, et la contraction palpébrale n'avait pas lieu dans le cas qui vient d'être cité.— L'iodure de potassium a été suspendu. — Une saignée du bras, deux applications de sangsues, et des fomentations résolutives, ont été mises en usage : après huit jours, l'affection oculaire avait complétement cessé.

Emploi de la gomme arabique pour l'extraction des corps étrangers introduits dans l'œil. — Ce moyen, donné aujourd'hui comme nouveau, a été recommandé par nous dès 1839 (*Ann. d'Oc.*, vol. Ier, p. 422). M. Kneschke y avait eu recours avant nous.

L'Abeille médicale.

Ophthalmies occasionnées par des insectes existant sous les paupières; par M. Armand B..., chirurgien à Nogaro (Gers).— L'auteur de cette communication serait, d'après la *France médicale*, p. 243, un M. Bouilhet ; nous demandons pardon à ce confrère de trahir son anonyme. Voici ce qu'il raconte :

« Le 24 juin 1844, je fus consulté par une jeune femme de la campagne, qui se plaignait d'une vive inflammation de l'œil droit : cet organe était en effet très-rouge, tuméfié et larmoyant. Ce désordre datait du 22 ; le 23, elle avait consulté son chirurgien, qui pratiqua une saignée qui ne produisit aucun effet. Une seconde évacuation sanguine fut proposée ; mais la malade ne voulut pas s'y soumettre, et vint me trouver. Sur la demande que je lui fis, si aucun coup n'avait pu déterminer le mal, elle me dit que le 22, vers neuf heures du matin, étant occupée à couper du seigle, elle avait ressenti un coup assez léger, à la vérité, dans l'œil, et qu'aussitôt elle avait commencé à en souffrir. Je crus alors avoir affaire à un corps étranger, et je me mis en devoir de m'en assurer. Après avoir écarté les paupières, j'aperçus un point blanchâtre ; je l'enlevai et le mis sur l'ongle pour le faire voir à la malade. En le lui faisant remarquer, quel fut mon étonnement de voir ce corps en mouvement. Je l'examinai avec attention, et je reconnus que c'était un petit ver. Me rappelant alors que certaines espèces de mouches déposent leurs larves sur diverses parties des animaux, je pensai que ce petit insecte n'était peut-être pas le seul : je fis couler trois gouttes d'huile d'olive sur le globe de l'œil, et je pus bientôt retirer dix vers successivement.

« Ces petits animaux se mouvaient avec une vitesse incroyable ;

ils étaient ronds, assez allongés, et plus petits que ceux qui sont déposés par la grosse mouche sur les viandes ; il y en avait dont la tête paraissait avoir un point noir : ceux-ci semblaient plus vigoureux que les autres.

« Vers la fin du même mois de l'année 1845, une femme conduisit chez moi son fils âgé de 10 à 11 ans, et qui se plaignait d'une vive démangeaison à un œil depuis la veille. Cette démangeaison était survenue tout à coup après le contact d'une mouche, qui à peine marqua un temps d'arrêt sur l'organe : cette fois-ci le malade était sûr que c'était un insecte qui l'avait touché. J'examinai attentivement, et je découvris de petits vers tout à fait au fond de la paupière supérieure ; j'employai le même procédé que la première fois, et je retirai six vers. Je crus avoir fini ; l'enfant s'en alla sans souffrir. Comme on parla de cela comme de quelque chose d'extraordinaire, un médecin eut l'occasion de voir l'enfant, et, examinant son œil, il aperçut d'autres vers ; il me le renvoya aussitôt, et j'enlevai encore deux vers. Depuis lors l'enfant est bien guéri et n'a plus rien ressenti à l'œil. »

Revue médicale.

Cancer de l'orbite en état de récidive ; guérison par l'extirpation et la cautérisation ; par le docteur DE DROULLIN, de Lisieux. — Le sujet de cette observation est un horloger âgé de 45 ans, qui portait, il y a deux ans, une petite tumeur noirâtre, de la grosseur d'un pois, située sous le milieu de la paupière inférieure droite. Cette tumeur acquit en deux mois le volume d'une fève de marais et fut alors enlevée par un médecin. Le mal se reproduisit sept mois après, et fut confié aux soins d'un empirique qui le traita par les applications d'un caustique que l'on croit avoir été le sublimé corrosif. La tumeur fit de rapides progrès, et en huit mois elle atteignit le volume d'une grosse pomme. Elle était ulcérée, d'un aspect horrible, et était le siége de douleurs lancinantes que des hémorrhagies assez fréquentes pouvaient seules calmer. Le malade était réduit au marasme, lorsqu'en désespoir de cause il consulta M. de Droullin, le 24 décembre 1844. Une seconde opération fut pratiquée le 26 du même mois. La paupière inférieure, qui était malade, fut comprise dans l'ablation de la tumeur orbitaire. Il survint un petit écoulement de sang artériel qui fut arrêté au moyen de l'introduction de bourdonnets de charpie dans l'orbite. Aucun accident sérieux ne suivit l'opération.

Le quatrième jour, l'appareil fut levé; les chairs du fond de l'orbite étaient violacées, d'une mauvaise couleur. M. de Droullin fit alors préparer une pâte avec parties égales de farine et de chlorure de zinc, et il couvrit toute la surface de la plaie d'une couche légère de cette composition qu'il enleva au bout d'une heure. L'eschare se détacha le douzième jour, et la plaie, devenue déjà d'un beau rose, marcha régulièrement vers la cicatrisation, qui ne fut cependant complète qu'au bout de deux mois. Le malade a repris toute sa force et tout son embonpoint, et il ne s'est jusqu'à présent manifesté aucune apparence de reproduction de la maladie.

M. de Droullin est porté à penser que la permanence de la guérison est due à l'emploi de la cautérisation. Il croit avoir remarqué beaucoup moins de récidives depuis qu'il a adopté cette pratique comme règle générale à la suite des extirpations de cancer qu'il est appelé à pratiquer. (*N° de décembre* 1845.)

Journal de Médecine de Bordeaux.

Cécité momentanée occasionnée par le sulfate de quinine; par le docteur Venot.—(Janvier 1846.)—Une jeune dame était prise chaque soir, depuis trois jours, d'un frisson suivi de chaleur fébrile; la journée se passait sans fièvre. M. Venot prescrivit des pilules de sulfate de quinine et extrait de *quinine (quinquina?),* de chaque cinq centigrammes (1 grain). La malade en prit deux, et bientôt se manifesta un état gastralgique des plus intenses : il survint une vive céphalalgie, la vue se perdit.— M. Venot, effrayé de cet état, prescrivit des calmants, et après quelques jours les accidents disparurent.

Héméralopie. Traitement au moyen de la cautérisation du pourtour de la cornée; par le docteur Roussilhe, de Castelnaudary. — (Août 1845.)—L'héméralopie est très-commune dans la contrée qu'habite M. Roussilhe : c'est principalement au printemps qu'on observe le plus de cas. — M. R. emploie depuis plusieurs années la cautérisation du pourtour de la cornée, d'après le méthode de notre collaborateur M. Serre (d'Uzès). Il affirme que dans tous les cas où il l'a mise en usage, il a obtenu une prompte guérison. — Trois observations sont rapportées par l'auteur; dans deux cas il y avait en même temps pellagre : M. Roussilhe dit que l'héméralopie survient fréquemment chez les personnes atteintes de cette maladie.

Difficultés et erreurs de diagnostic des tumeurs; par le docteur LAFARGUE. — Dans ce mémoire très-étendu, lu dans les premiers mois de 1845, devant la Société de médecine de Bordeaux, se trouvent consignés deux faits qui se rapportent à notre spécialité.

1) *Kyste palpébral* (juin 1845).— Un médecin de Bordeaux devait opérer un homme qui portait à la paupière supérieure droite une tumeur de la grosseur d'un noyau de pêche, de forme arrondie et à surface très-lisse : cette tumeur était mobile, et divers confrères présents furent d'avis qu'elle était sous-cutanée et formée par un kyste contenant un liquide séreux.— Incision de la peau suivant la longueur de la paupière : on reconnaît que la tumeur siége sous l'orbiculaire.— Nouvelle incision, écartement des fibres musculaires, extraction de la tumeur : c'est un kyste renfermant de la matière caséeuse.— M. Auguste Bérard a indiqué dans nos *Annales* (volume XII, p. 162) les moyens d'éviter l'erreur de diagnostic quant au siége du kyste; ces moyens sont aussi très-propres à en faire reconnaître la consistance. M. Lafargue n'a sans doute pas connu le travail du professeur de Paris.

2) *Tumeur orbitaire* (septembre 1845). — Nous reproduisons cette observation dans son originalité de forme et d'étendue, à cause du nom des chirurgiens qui ont vu le malade et de la persistance de leur doute — qu'il eût été si facile de lever, comme a fini par le faire M. Franc — sur la nature de la tumeur : nous laissons parler M. Lafargue.

« OBS.— Au mois de juillet dernier, je vis à l'hôpital St-Éloi, dans le service du professeur Lallemand, un jeune homme portant une tumeur à la partie postérieure de l'œil gauche, qui projetait cet organe en avant hors de la cavité orbitaire sans altérer ses fonctions. Le malade, en effet, voyait de cet œil les objets environnants et le mouvait avec peu de gêne. M. Lallemand, appréciant toute la difficulté du diagnostic d'une telle affection, ne voulut point toucher à la tumeur avant qu'un autre professeur de la même Ecole l'eût examinée. M. Dubreuil fut choisi à cet effet.

« Le malade fut visité par ces deux praticiens avec un soin tout particulier, et après un long examen, chacun de ces professeurs émit sa manière de voir au sujet de la tumeur.

« M. Lallemand pensait que l'affection était cancéreuse, et conséquemment voulait enlever l'œil, extirper la tumeur, et ensuite porter le fer rouge dans la cavité orbitaire.

« M. Dubreuil n'était pas du même avis que son collègue, et après avoir avoué que le cas était très-difficile pour se prononcer à la première vue, il exprima cependant que la tumeur lui paraissait être de nature érectile, opinion basée sur un frémissement que son oreille reconnaissait lorsqu'elle était appliquée sur le globe oculaire, frémissement que M. Lallemand ne

trouva pas, malgré toutes les recherches qu'il put faire. M. Dubreuil, ne pensant pas le même diagnostic que M. Lallemand, devait nécessairement donner un autre mode de traitement que ce dernier. Selon lui, il fallait lier la carotide, parce qu'il fallait tâcher de conserver l'œil, dont les fonctions n'étaient nullement altérées, comme je l'ai déjà mentionné.

« Le jour suivant, le malade sortit de l'hôpital sans avoir été soumis à un traitement.

« Au mois de janvier dernier, j'écrivis à mon ami, M. Combal, interne de l'hôpital St-Éloi, pour qu'il eût la complaisance de me donner quelques renseignements sur ce malade, et voici ce qu'il me répondit : .... « Quant au jeune malade (dix-neuf ans) qui est atteint d'une tumeur dans l'orbite, je me suis efforcé de prendre des renseignements sur la marche de son affection, chez M. Dubreuil, renseignements que vous devez connaître aussi bien que moi, puisque vous avez vu le malade au mois de juillet dernier. Le sujet est scrofuleux ; la tumeur s'est développée d'une manière lente, et a chassé pour ainsi dire l'œil de sa cavité naturelle ; des douleurs peu caractéristiques se font ressentir par intervalles dans la région affectée, et à travers la paupière inférieure on perçoit aujourd'hui une sensation pareille à celle que déterminerait la pression sur un liquide. Des ponctions très-superficielles ont été faites à plusieurs reprises depuis que vous avez vu le jeune malade, ponctions qui n'ont rien donné au-dehors ; seulement, quelques jours après leur emploi, on constata une diminution légère de la tumeur : mais la nature de l'affection reste toujours inconnue. M. Dubreuil continue à voir le malade pour l'intérêt de la science ; mais il reste toujours indécis sur le diagnostic de la tumeur. »

M. Lafargue se livre, à propos de ce fait, aux réflexions suivantes :

« RÉFLEXIONS. — Cette observation rentre donc dans les idées que je viens d'exprimer il n'y a qu'un instant. Deux professeurs distingués examinent une même tumeur : l'un y perçoit un bruit, et l'autre affirme n'y en trouver aucune trace. D'où vient donc cette divergence de sensations ? Peut-on dire que l'ouïe de celui qui a perçu le bruit est douée d'une plus grande sensibilité que celle de l'autre ? C'est possible ; mais aussi il se pourrait fort bien faire que l'état d'agitation de celui qui observe fasse entendre un bruit qui existerait plutôt chez lui que chez le malade. Il faut donc, lorsqu'un bruit est léger, examiner plusieurs fois le malade, et à des temps variés, pour ne pas commettre une erreur.

« La diversité de perception des deux professeurs se retrouva chez ceux qui examinèrent plus tard la tumeur. Je dois ajouter encore que M. Bouisson, professeur de pathologie externe, m'a dit aussi avoir examiné le malade avec attention, et avoir entendu le bruit que M. Dubreuil avait signalé. M. Bouisson pensait qu'il fallait lier la carotide.

« Je regrette, pour l'intérêt que présente cette observation, de ne pouvoir aujourd'hui rien dire de plus exact.

« Ultérieurement, je donnerai la suite de l'observation, si elle me parvient, comme je l'espère. »

Enfin, le mémoire de M. Lafargue était sous presse, lorsqu'il a

reçu de M. Combal la lettre suivante, qui figure en note au bas de la page :

« Le jeune homme est, dans ce moment, totalement guéri, et les renseignements que je puis vous donner à ce sujet sont d'autant plus positifs que, dimanche dernier même, M. Franc, à qui on doit rapporter l'honneur de la guérison, a conduit l'ouvrier malade dans notre Société de médecine, afin de l'exposer à la vérification de tous les membres. Voici, en peu de mots, la conduite thérapeutique de l'agrégé mentionné vis à vis du cas dont vous connaissez les renseignements antérieurs : la tumeur, comme vous le savez, projetait par son volume l'orbite en avant, et venait elle-même faire saillie à travers la paupière inférieure, ce qui donnait au malade un aspect très-désagréable. En déplaçant la paupière et la ramenant en bas, on apercevait toute la saillie de cette tumeur qui était violacée, donnait à la pression une sensation analogue à celle que l'on éprouverait en comprimant une étoffe de soie ; cependant il n'existait pas d'une manière bien évidente, pour M. Franc, du moins, de susurrus si caractéristique des tumeurs fongueuses. Le malade portait cette tumeur depuis son bas âge, et celle-ci avait augmenté de volume, depuis très-peu de temps, d'une manière très-notable. L'absence de battements, de susurrus, fit rejeter l'idée d'une tumeur érectile, et le peu d'importance de l'artère ophthalmique donna lieu à éloigner l'opinion que l'on pourrait avoir conçue sur la présence d'un anévrysme. Mais quelle était la nature de cette tumeur ? était-ce un abcès, un kyste, un paquet de veines dilatées ? C'était important à vérifier, mais fort obscur à diagnostiquer. M. Franc eut donc recours à une ponction exploratrice à l'aide d'une aiguille à cataracte : cette ponction donna issue à du sang veineux ; mais elle ne fut que superficielle, et par cela même peu concluante. Quelques jours après, on réitéra l'opération, et cette fois il s'écoula un liquide séreux : ce fut un trait de lumière pour le chirurgien ; aussi une incision courbe à concavité supérieure fut faite à la base de l'orbite ; elle intéressa la paupière, elle fut profonde, et toutefois pratiquée avec prudence pour ménager les organes voisins. Il s'écoula une très-grande quantité de liquide analogue à celui qu'avait fait évacuer la première ponction : l'œil parut presque au même instant rentrer dans l'orbite ; de la charpie fut maintenue au fond du foyer, et après un mois d'un traitement méthodique, l'œil était revenu à son état normal, la plaie extérieure cicatrisée, et les adhérences des parois du foyer paraissaient complétement contractées. Aujourd'hui même, ce jeune homme ne présente rien de particulier : on aperçoit, il est vrai, la ligne courbe de la paupière cicatrisée, et, avec beaucoup d'attention, un peu plus de saillie de l'œil anciennement sorti de l'orbite ; mais c'est à peine, je le répète, si l'on peut constater ces légères nuances, et l'on a tout lieu d'espérer qu'elles n'existeront plus dans quelque temps d'ici.

« Voilà les renseignements que j'ai à vous communiquer sur un fait qui a été l'objet de tant de controverses, et qui, un instant, a failli donner lieu à l'emploi d'une thérapeutique si dangereuse. Vous savez vous-même combien il était facile de se tromper, et j'avoue, pour ma part, que j'aurais plutôt cru à une tumeur érectile qu'à un kyste. »

Le rédacteur du *Journal de Médecine de Bordeaux*, M. Costes,

professeur de pathologie externe à l'École de médecine de cette ville, ajoute :

« Cette observation, ainsi complétée, serait susceptible de beaucoup de remarques que nous ne pouvons faire en ce moment : *nous les abandonnons à la sagacité de nos lecteurs.* »

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Mémoire sur les divers états pathologiques connus généralement sous le nom de taches de la cornée ; par le docteur MAGNE, ancien élève particulier de SANSON, professeur particulier de médecine et de chirurgie oculaires, etc. (Extrait de la *Gazette médicale de Paris.*) Paris, 1845.

La nomenclature ophthalmologique est d'une abondance effrayante. Malheur à celui qui a oublié ses racines grecques au sortir du collége, si toutefois il n'a pas oublié de les apprendre : il ne parviendra jamais à se retrouver au milieu de tous ces termes barbares qui semblent parfois avoir quelque chose de cabalistique. On a dit que cette multiplicité du vocabulaire annonçait le trop grand loisir des oculistes d'Alexandrie et de Rome, qui s'étaient fait un jeu de donner des noms à toutes les variétés de maladies qu'ils avaient établies. Nous pensons qu'il faut faire aussi la part du désir qu'ils eurent, eux et quelques-uns de leurs successeurs, de donner une haute idée de leur science et d'éloigner les profanes du sanctuaire. Au lieu de dire d'un malade qu'il avait une tache sur la cornée, ils le déclaraient atteint d'une achlys, d'un néphélion, d'un paralampsis, d'un ou d'une œgis, et chacun de s'écrier, comme Géronte après avoir entendu le latin de Sganarelle : *l'habile homme que voilà!*

Les seules taches de la cornée ont une longue kyrielle de noms. M. Magne en cite vingt-sept, suivis d'un *et caetera.* Il déplore avec juste raison cette malheureuse fécondité propre à rebuter les plus courageux, les mieux intentionnés. Il fait remarquer d'ailleurs que ces taches sont diverses, et par leur nature, et par la thérapeutique qu'elles réclament, et que ces différences essentielles ne ressortent pas des dénominations qui ont servi à les désigner.

Pour éviter cette confusion de mots qui a souvent fait naître, même de nos jours, du trouble dans les idées, l'auteur propose de réduire à trois catégories les divers états pathologiques dont

nous parlons. La cornée peut être troublée de trois manières par une tache blanchâtre : 1° par un épaississement de sérosité ou de pus entre ses lames, état auquel il donne indifféremment le nom de *taie*, de *tache*, d'*albugo* ou de *leucoma*, ces deux derniers mots, l'un latin, l'autre grec, exprimant absolument la même chose ; 2° par la cicatrice d'un ulcère, et M. Magne se garde bien de se servir du mot bizarre *oule*, pris du grec, et il lui laisse son nom vulgaire de *cicatrice*; enfin, 3° par défaut de nutrition, ou *cercle sénile*. Nous sommes fâché de rencontrer parmi les taches de la cornée ce cercle ou arc sénile qui n'est pas une tache, qui n'est pas même un état morbide, et qui ne réclame aucun traitement. Il faut dire, au reste, que l'auteur a lui-même pressenti ces objections.

M. Magne s'occupe d'abord des épanchements séreux interlamellaires, ou taies, de leurs causes, de leur siége, des signes qui les différencient, de leurs conséquences, et chemin faisant il se livre à d'intéressantes discussions que nous ne pourrions reproduire sans les mutiler. Les taies ne sont pas toujours le produit d'une ophthalmie aiguë, comme le prétend entre autres Scarpa ; on les a vues survenir brusquement, sans inflammation préalable, chez des scrofuleux, chez des personnes atteintes de syphilis ou de dartres. Cependant, dans la grande majorité des cas, elles sont le résultat d'une kératite, et lorsque l'on est appelé au début, un traitement antiphlogistique actif, aidé de quelques moyens spéciaux, fait quelquefois disparaître, notamment chez les jeunes sujets, la tache en même temps que la phlogose.

On sait l'opiniâtreté des taches qui persistent après l'inflammation qui leur a donné naissance. Le nombre prodigieux de topiques proposés pour les combattre, donne bien la mesure de leur résistance. Parmi les collyres les plus répandus, M. Magne cite particulièrement le laudanum de Sydenham, l'acétate de plomb liquide et le collyre de Weller, composé de vin stibié, huit parties ; laudanum de Sydenham, deux parties ; et teinture d'aloès, une partie. On les applique à l'aide d'un pinceau, ou en les insufflant entre les paupières. Mais il regarde la solution d'azotate d'argent, un ou deux grains par once d'eau distillée, employée en instillations, comme de tous le plus efficace, lorsque la teinte opaline est accompagnée de kératite ou de kérato-conjonctivite. Lorsqu'il n'en est pas ainsi, il prescrit ordinairement à la fois l'huile de foie de morue, le laudanum de Sydenham et le collyre sec de Dupuytren, pour être mis tour à tour en usage pendant huit jours, car tous ces agents perdent en peu de temps leur

action, il est nécessaire de ne pas prolonger longtemps leur emploi exclusif.

Lorsqu'il existe des ramifications vasculaires soupçonnées d'entretenir la tache cornéale, il ne faut pas tarder à les détruire. L'auteur excise le vaisseau parasite d'un coup de ciseaux courbes sur leur plat, après l'avoir saisi avec une pince à griffes ou, quand la conjonctive est peu mobile, avec le crochet qu'il a inventé pour attirer l'iris dans l'opération de la pupille artificielle. Lorsque ces vaisseaux sont très-déliés, nous les avons quelquefois détruits en passant transversalement, sur un point de leur étendue, la pointe mousse d'un crayon d'azotate d'argent, et en y revenant au besoin à un ou deux jours d'intervalle.

L'abrasion de la cornée, déjà mentionnée par St-Yves, et remise tout récemment en honneur par M. Malgaigne, qui a obtenu un beau succès, peut devenir une ressource précieuse, mais seulement, comme le fait fort bien observer l'auteur, lorsque l'épaississement interlamellaire n'occupe pas les couches profondes.

Enfin, M. Magne propose deux modes de traitement qu'il croit, dit-il, lui être propres. Sur trois malades il a obtenu une amélioration réelle en pratiquant au centre de l'albugo une cautérisation superficielle à l'aide d'un crayon d'azotate d'argent taillé perpendiculairement à sa hauteur. L'autre moyen consiste, le malade étant couché et l'œil maintenu par un ophthalmostat, à faire sur l'opacité de douces frictions circulaires avec un pinceau très-serré, coupé carrément et très-court, mouillé d'huile et trempé dans la poudre de pierre-ponce. Il assure que cette manœuvre n'est pas aussi douloureuse qu'on pourrait être tenté de le croire.

En traitant des cicatrices de la cornée, l'auteur signale les différences qu'elles présentent suivant qu'elles succèdent à un ulcère, à un abcès interlamellaire, ou qu'elles contiennent un dépôt de carbonate de plomb, qui s'est formé sur les surfaces ulcérées de la cornée quand les malades ont fait usage de collyres saturnins ; variété sur laquelle M. Cunier a le premier appelé l'attention. Les moyens dont on se sert pour combattre les taies sont applicables à l'auréole nuageuse qui entoure presque toujours le point cicatrisé. Lorsque la cicatrice est recouverte de pus concrété ou d'incrustations saturnines, il ne reste souvent d'autre ressource que d'enlever parcelle par parcelle ces dépôts, à l'aide d'une lancette légèrement coudée, afin de ramener la cicatrice compliquée à l'état de cicatrice simple. Quant à l'abrasion, M. Magne ne la regarde point comme applicable

au traitement des cicatrices de la cornée. A quoi bon, dit-il, substituer une cicatrice à une autre cicatrice ? Si celle-ci est superficielle, la gêne est médiocre et l'opération déplacée ; si elle est profonde, la dissection n'est plus praticable. Cette opération, comme nous l'avons vu, peut avoir d'utiles résultats dans certains cas de taies de la cornée ; mais, et l'auteur insiste à juste titre sur ce point, c'est seulement en établissant tout d'abord des différences anatomo-pathologiques entre les taches de cette membrane, que l'on parviendra à s'entendre sur son opportunité. GOUZÉE, D.-M.

Untersuchungen und Erfahrungen im Gebiete der Chirurgie (Recherches et observations chirurgicales); par le docteur FRÉDÉRIC PAULI. — Leipzig, 1844, F. Fleischer ; 8° de 7 1/2 feuilles, avec 4 planches lithographiées.

L'auteur consacre quelques pages à des observations oculistiques. Il a noté plusieurs cas de paralysie de l'oculo-moteur avec strabisme en dehors ; il en rapporte deux cas qu'il fait suivre de réflexions. Nous n'y avons rien trouvé qui ne soit connu. M. Pauli traite ensuite de la *conjonctivite blennorrhoïque*, qui s'observe sous forme d'ophthalmie gonorrhoïque, d'ophthalmie des nouveau-nés, et d'ophthalmie égyptienne. Ces trois formes ont, d'après lui, une similitude plus grande qu'on ne le pense généralement.

La strabotomie lui paraît surtout applicable dans les cas de strabisme spasmodique ; il se prononce pour l'opération pratiquée simultanément sur les deux yeux. Enfin, l'auteur rejette la section sous-conjonctivale des muscles oculaires, par la raison « que si la nuit est fa-« vorable aux projets cachés, elle ne convient pas pour les opérations ! »



BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

DE CAESEMAECKER (F. E.). — *Notice sur les lunettes*. Gand, 1845.
(L'auteur et sa production nous sont inconnus.)

HEYFELDER. — *Das chirurgische und Augenkranken-Clinicum der Universität Erlangen*, *vom* 1 *october* 1844, *bis zum* 30 *September* 1845. — Stuttgart, 1845, J. Kreuzer, 8° pp. 54.
(Sera analysé.)

DE AZEVEDO (J. A.). — *Manual das molestias dos olhos*. Rio de Janeiro, 1844, 8°, pp. 214, avec 2 planches.
(Nous ne connaissons ce manuel que par l'annonce qui en est faite dans l'*Oppenheim's Zeitschrift*, décembre 1845.)

Ali Cohen. — *Welkomstgroet aan den ridder* Christiaen, *oculiste voyageur.*— Groningue, 1845, 1 feuille volante.

Le même. — *Een certificaat voor den ridder* Christiaen. Groningue, 1845, 1 feuille.

Le même.— *Wie de Heer* Christiaen *is, en wat hij uitvoert.* Groningue, 1845, 1 feuille.

Le même. — *Twaalf kleine inlichtingen en aanmerkingen op het laatste stuk van den chev.* Christiaen, *méd. oculiste.* Groningue, 1845, 1 feuille.

Swaagman.—*De kracht der certificaten.* Groningue, 1845, 1 feuille.

(Ces cinq feuilles volantes sont extraites du *Groninger Courant*, du mois de décembre 1845. Il s'agit d'une polémique très-acerbe engagée contre les oculistes ambulants, et en particulier contre M. Christiaen. La croisade paraît devoir se continuer dans d'autres villes de la Hollande.)

Van Swygenhoven (Ch.). — *A monsieur le docteur* Ali Cohen, *à Groningue.* Groningue, 1846, 1 feuille.

(Cette lettre a été adressée par M. Van Swygenhoven, — l'un des rédacteurs de la *Gazette médicale belge*,— à M. Ali Cohen; celui-ci, sur la prière de l'auteur, l'a fait insérer dans le *Groninger Courant* du 6 janvier. Voici quelques passages de cette lettre :

« J'ai reçu avec infiniment de plaisir les trois pièces que vous avez publiées relativement à un de ces oculistes-voyageurs qui, depuis quelque temps, semblent avoir élu domicile en Hollande. — Je vous félicite vivement du courage que vous avez eu d'attaquer en face un de ces ...... dont la mission semble être de faire des aveugles et des dupes. — Une chose m'étonne : c'est que ces gens-là, dans quelque pays qu'ils se trouvent, rencontrent toujours assez de benêts pour se remplir les poches à leurs dépens.... Pour être oculiste ambulant, il faut un grand fonds d'audace, de savoir-faire, d'astuce, de duplicité, de ruse et de sang-froid. Ne sont-ce pas là les vertus qui caractérisent à un si haut point les chevaliers d'industrie ? — Nous aussi, nous avons à nous plaindre des oculistes-voyageurs. Nous en avons eu de toutes les espèces : des vieux et des jeunes, des lettrés et des ignorants. Mais tous possédaient cette précieuse qualité, d'extirper mieux un écu de la bourse qu'un cristallin de l'œil. — ..... Les badauds font la fortune des paillasses. Les oculistes-voyageurs, tout chamarrés de rubans et de croix, la trompette de la renommée à la bouche, et leurs placards-annonces à la porte, ont leurs badauds : ils en ont même beaucoup. Pourquoi n'en auraient-ils pas? Ces malheureux *heureux* ne doivent-ils pas, avant tout, vivre !....... »)

Wilde (W. R.).—*An Essay upon the malformations and congenital diseases of the organ of sight.* Dublin, 1845, Hodges et Smith, 8°, pp. 72.

Wilde (W. R.).—*Contributions to ophthalmic surgery.*— Dublin, 1845, Hodges et Smith, 8°, pp. 53.

(Nous rendrons compte de ces deux brochures, ainsi que d'un volume intitulé : *Austria*, publié en 1843 par le même auteur.)

Chronique.

Bruxelles.— On lit dans le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique* : « M. Cunier présente (séance du 4 janvier) trois malades qu'il a opérées de la pupille artificielle. L'une d'elles est une aveugle-née parvenue à l'âge de trente-sept ans : l'excision d'un lambeau d'iris lui avait donné une vue qui lui permettait de se conduire et de vaquer aux travaux domestiques; mais, dix mois plus tard, il s'est manifesté une cataracte. La malade a été admise à l'hôpital St-Jean, où M. Cunier a brisé le cristallin. Aujourd'hui, elle a récupéré la vision dont elle a été privée durant quelques mois.

« La seconde malade n'avait conservé de transparent qu'une légère portion de la cornée, et encore était-elle recouverte par la paupière supérieure. Après avoir divisé les muscles droits interne et supérieur et la poulie du grand oblique, et déterminé ainsi un strabisme en dehors et en bas, M. Cunier a pratiqué une pupille artificielle qui a rendu à la malade une vue qui lui permet de se livrer aux occupations du ménage.

« La troisième opérée est une petite fille de huit ans , qui était aveugle depuis vingt-cinq mois. Un albugo avec synéchie antérieure recouvrait les deux tiers de la surface de la cornée. Une pupille artificielle a été pratiquée dans la portion d'iris correspondant à la partie de cornée restée transparente. Cette opérée peut reconnaître les plus petits objets.

« Dans ces trois cas, la pupille a été pratiquée par *iridectomie*. »

— Par arrêté du 31 janvier, pris sur le rapport de la commission médicale du Brabant et de M. le Ministre de la justice, le Roi a accordé à M. le docteur Cunier un subside de 2,000 francs, pour couvrir une partie des dépenses de l'Institut ophthalmique de Bruxelles.

Liége.— Le nombre des malades traités au dispensaire ophthalmique de M. Jules Ansiaux, à Liége, pendant l'année 1845, a été de 663. Le chiffre des guérisons a été de 504, celui des améliorations a été de 20; il se trouvait 11 incurables, 85 n'ont plus reparu, 65 restaient en traitement au 1er janvier 1846.— Les opérations suivantes ont été pratiquées pendant l'année : 13 de cataracte, 2 de pupille artificielle, 2 strabotomies, 1 abrasion de la cornée, 1 blépharoplastie, etc., etc.— Le compte-rendu de la clinique de M. Ansiaux sera inséré dans un des prochains numéros des *Annales d'Oculistique*.

Paris.— Sur le rapport de M. le Garde des Sceaux, ministre de la justice et des cultes, S. M. le Roi Louis-Philippe, par lettres-patentes, a accordé à notre ami et collaborateur M. le docteur Furnari, la naturalisation exceptionnelle et la jouissance des droits civils et politiques de citoyen français.

Lisbonne. — Pendant l'année dernière, plusieurs oculistes ambulants se sont abattus sur le Portugal, et ont fait séjour durant quelque temps dans les principales villes du royaume. Leur conduite a été ici ce qu'elle est partout ailleurs; mais notre corps médical s'est enfin ému , et ils ont dû nous quitter avant d'avoir, comme leurs devanciers, empli leur sacoche avec l'or des dupes. Un M. Ramogeau, qui se dit avoir été le chef de clinique de M. Sichel, vient d'organiser, de concert avec le docteur Kessler, un dispensaire ophthalmique. Bien que M. Kessler dirige cette institution, je ne la crois pas viable, car elle a contre elle et l'esprit public et les médecins. — Il est réellement à déplorer que nous manquions d'un homme spécial qui en impose à la fois par son mérite et sa réputation; l'ophthalmologie est encore dans son enfance tant dans nos hôpitaux que dans la clientèle. On le croirait à peine, la conjonctivite granuleuse est encore traitée en Portugal par le séton à la nuque, les vésicatoires ; les ophthalmies de toutes natures sont combattues par des cataplasmes, des collyres émollients, etc. La pupille artificielle n'est jamais pratiquée, même par nos chirurgiens les plus distingués : deux ou trois chirurgiens seulement opèrent bien la cataracte, mais jugent mal sa nature et les contre-indications de telle ou telle méthode opératoire, etc. C'est assez dire que leur pratique n'est pas toujours heureuse. O.

ANNALES

D'OCULISTIQUE.

Tome XV. — 2e série. Tome 3me. — 4me livraison.
AVRIL 1846.

TRAVAUX ORIGINAUX.

COMPTE RENDU DE LA CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE DE M. LE DOCTEUR JULES ANSIAUX, PENDANT L'ANNÉE 1845;

Par ANTONIO DAMASO GUERREIRO (de Lisbonne), chef de clinique.

Le dispensaire ophthalmique de Liége, ouvert en 1842 sous la direction de M. le docteur Jules Ansiaux, a dignement accompli sa tâche et complétement atteint son but; le nombre des malades qui sont venus réclamer les soins de ce chirurgien a augmenté chaque année dans une proportion notable, ainsi que l'indique le tableau qui suit. L'exposé clinique que je publie aujourd'hui est le résumé sommaire des maladies observées au dispensaire pendant l'année 1845, ainsi que du traitement suivi. L'étendue de ce travail étant très-limitée, j'y ai joint seulement quelques observations qui m'ont paru dignes de l'attention des praticiens.

Attaché depuis deux ans au dispensaire ophthalmique de Liége, en qualité de chef de clinique, j'ai pu suivre les progrès de cette institution philanthropique et constater par moi-même l'importance des résultats qu'elle a pu obtenir. J'exprimerai ici le regret que le Conseil provincial de Liége n'adopte pas la manière de voir des Conseils du Brabant, du Hainaut et de Namur, qui encouragent par des subsides des institutions aussi utiles, puisqu'elles rendent au travail une foule d'infortunés regardés comme incurables et devenus une charge pour leurs communes. Cependant on doit espérer qu'une assemblée qui a déjà tant fait pour la bienfaisance, honorera aussi le dispensaire ophthalmique de Liége de son appui et de sa protection.

Le nombre des malades reçus au dispensaire ophthalmique depuis sa création, a été de 1693. L'année 1845 donne à elle seule un total de 663 malades.

	ANNÉES.		
	1842	1843	1844
Malades reçus au dispensaire.	249	306	455
Radicalement guéris.	210	245	336
Incurables.	7	6	3
Améliorés.	32	10	18
N'ayant point reparu.	»	25	64
Nombre des aveugles.	16	19	29
Restant en traitement.	»	30	5
OPÉRATIONS.			
Cataractes.	15	10	26
Pupilles artificielles.	3	3	1
Strabismes.	4	4	12
Extirpations de l'œil.	2	1	»
Fistules lacrymales.	1	2	3
Blépharoplasties.	»	2	1
Staphylôme.	1	»	»
Totaux.	26	22	43

Beaucoup d'autres opérations d'une moindre importance, telles que trichiasis, tumeurs des paupières, etc., etc., ont aussi été pratiquées : je n'ai à m'occuper dans ce travail que de celles qui ont été faites pendant l'année 1845.

Avant de procéder à l'exposition des faits qui concernent cette année, je dois d'abord présenter quelques réflexions sur les malades. Beaucoup d'entre eux sont considérés comme guéris, lorsqu'après plusieurs visites successives où l'on a remarqué une amélioration croissante, ils ne sont plus revenus. Dans cette classe où l'on n'observe pas de délicatesse envers le médecin, dès que l'on se trouve mieux ou guéri, on ne juge pas à propos de revenir près de l'homme de l'art pour l'informer du résultat du traitement, malgré sa recommandation expresse ; et lorsqu'il arrive que, le mal n'ayant été que pallié, le malade vient à la consultation pour y chercher de nouveaux soulagements à ses douleurs, il répond naïvement au reproche de négligence qui lui est adressé : *J'allais si bien que je me croyais guéri*. On doit donc considérer comme guéris les individus atteints d'affections légères qui ne se sont plus présentés après quelques visites où l'on avait remarqué du mieux. C'est un fait dont j'ai été à

même de constater de nombreux exemples. Il se peut que l'on trouve de l'irrégularité en additionnant certains chiffres qui pourraient alors dépasser le nombre total ; mais un seul fait suffira pour expliquer cette apparente irrégularité : les kératites, par exemple, présentent un nombre total de 212, — 134 scrofuleuses et 78 idiopathiques. Parmi ces deux catégories, 10 étaient à l'état vasculaire, 9 suppuratives ; 6 avaient des hernies de l'iris, ce qui n'augmente pas pour cela le nombre total de 212.

L'année 1845 a présenté l'état statistique suivant :

Malades reçus du 1er janvier au 31 décembre.	661
Aveugles.	21
Guéris.	502
Incurables.	11
N'ayant point reparu.	85
Améliorés lorsqu'ils ont cessé de venir.	20
Restant en traitement au 1er janvier.	66

Les maladies diverses observées pendant cette année, ont offert les chiffres suivants :

Kératites.	212
Taies.	11
Ophthalmies scrofuleuses.	67
— catarrhales.	114
— militaires.	33
— des nouveau-nés.	3
— rhumatismales.	3
— herpétique.	1
— traumatiques.	22
Corps étrangers dans l'œil.	37
Blépharites.	61
Tumeurs des paupières.	5
Ectropion.	1
Trichiasis.	3
Phlegmon de la paupière.	1
Ulcère rongeant de l'angle interne des paupières.	1
Epiphora.	3
Tumeur lacrymale.	1
Fistule lacrymale.	1
Iritis.	7
Choroïdites.	3
Ptérygions.	2
Pinguéculas.	2

Staphylômes.	2
Amauroses.	8
Amblyopies.	15
Cataractes.	25
Strabismes.	3
Affections diverses ayant occasionné la perte de l'œil.	10

Les kératites, qui forment l'espèce de maladie la plus commune, ont été au nombre de 212, ainsi que l'indique le tableau qui précède: 134 kératites scrofuleuses, 87 idiopathiques, 10 vasculaires ; 9 kératites étaient suppuratives : parmi celles-ci on a remarqué un onyx, quatre avec hypopion, et quatre autres avec abcès ouverts extérieurement. Six malades se sont présentés avec des hernies de l'iris, deux avec une synéchie antérieure, et un avec un hypoœma. Le traitement des kératites a présenté peu de différence avec celui ordinairement suivi. Les évacuations sanguines générales et locales, les frictions avec l'onguent napolitain, et surtout l'administration interne du calomel à dose altérante, ont été employés dans les cas où il existait de la suppuration.

Lorsqu'il y avait hernie de l'iris, l'infusion de belladone à dose élevée, en instillations et en applications sur l'œil, a produit de très-heureux résultats quand l'accident était récent ; mais généralement ce moyen est peu efficace si le mal existe depuis quelque temps. Dans les cas de pannus, l'usage du nitrate d'argent a produit d'excellents effets. Ce médicament est très-souvent employé seul au dispensaire contre les ulcérations de la cornée, mais lorsqu'elles ne sont pas à l'état aigu. Quant aux kératites scrofuleuses, le traitement local est à peu près le même, sauf l'emploi du collyre de sublimé que l'on fractionne en raison de la susceptibilité du malade, car en général il est irritant.

R. Aq. rosar.,	℥ij ;
Sublim. corrosiv,	gr. ij ;
Laudan. liquid. Sydenham.	gutt. xv.
M.	

Pour ce qui est du traitement général, la thérapeutique est dans ce cas la même que pour les maladies scrofuleuses.

Sur les 10 malades affectés de kératite vasculaire, deux ont subi l'opération de la résection des vaisseaux. Ces deux opérations ont eu une réussite complète.

Une abrasion de la cornée a été faite presque sans résultat ; le malade voit à peine pour se conduire.

Taies. — Les malades porteurs de *taies* n'étaient qu'au nombre de onze. Le traitement le plus ordinairement suivi a consisté dans l'emploi du sulfate de cadmium en collyre, du laudanum de Sydenham ou de Rousseau, et des insufflations de collyres secs.

Ophthalmies scrofuleuses.— 67 se sont présentées : sur ce nombre, 15 ophthalmies étaient compliquées de photophobie, symptôme si pénible et d'une guérison si difficile chez les enfants. Le moyen employé avec le plus d'efficacité pour obtenir ce résultat, est l'extrait alcoolique de ciguë à la dose de deux gros dans une once de véhicule, et dont on administre vingt gouttes quatre fois par jour. Cette dose a été progressivement augmentée, selon la méthode de Dzondi, d'une goutte à chaque fois tous les jours, et elle a pu être portée à 40 gouttes quatre fois par jour, sans qu'on remarquât aucun des accidents toxiques occasionnés par cette solanée vireuse. Au reste, il est rare qu'il faille porter ce médicament à une dose aussi élevée ; car, dès le troisième ou le quatrième jour, souvent le lendemain, le malade peut déjà ouvrir les yeux.

Le traitement interne employé pour combattre le vice scrofuleux, a été celui adopté par la plupart des praticiens : les poudres de Plummer, les amers, l'hydrochlorate de baryte, les divers iodures, etc.

Ophthalmies catarrhales. — Elles ont amené 114 malades au dispensaire : 80 étaient à l'état simple, 5 compliquées d'injections scrofuleuses, 2 combinées avec l'ophthalmie rhumatismale ; 10 présentaient des granulations, 4 étaient compliquées de blépharite, et une seule était blennorrhoïque ; six malades ont été atteints de chémosis : cinq ne présentaient cet accident qu'à un œil, un seul malade le portait aux deux yeux.

Les collyres de sulfate de zinc et de cuivre ont guéri promptement l'ophthalmie catharrale simple. Le collyre de nitrate d'argent a été employé avec succès lorsqu'il existait des granulations qu'il fallait souvent toucher avec le sulfate de cuivre.

Dans le cas de *chémosis*, le collyre de nitrate d'argent a été employé à dose assez élevée : 4, 5 à 6 grains, et plus, par once d'eau distillée; le malade a aussi été soumis à l'usage des drastiques. L'ophthalmie blennorrhoïque fut traitée par les saignées générales et le nitrate d'argent à haute dose ; mais l'individu atteint de cette dangereuse maladie n'ayant point reparu du 15 avril au 22 mai, s'est représenté

à la consultation avec une perforation à la partie supérieure de la cornée. La hernie de l'iris a été réprimée par des applications de nitrate d'argent en crayon ; mais le malade n'ayant suivi un traitement régulier que trop tard, a conservé une difformité de la pupille et une opacité de la cornée à l'endroit de la perforation.

Ophthalmies militaires. — 33 malades, porteurs d'ophthalmie militaire, se sont présentés à la consultation : 7 d'entre eux étaient atteints en même temps de kératite ; un de ces derniers avait une hernie de l'iris.

Les autres malades présentaient l'injection caractéristique assignée à cette maladie et des granulations. Le traitement mis en usage a été un collyre de nitrate d'argent à la dose d'un grain pour une once d'eau distillée, dose qui a été portée plus haut pour plusieurs malades. Les granulations furent touchées avec le sulfate de cuivre, peu avec le nitrate d'argent. M. J. Ansiaux n'emploie pas souvent ce caustique ; il préfère le sulfate de cuivre, dont les effets sont plus lents à la vérité, mais qui n'expose pas à des accidents aussi redoutables que ceux que peut occasionner le nitrate d'argent.

Ophthalmies des nouveau-nés. — Trois ophthalmies des nouveau-nés ont été traitées avec succès ; un seul malade était atteint de kératite : chez tous les trois la mère était affectée de leucorrhée lors de l'accouchement, circonstance sur laquelle M. Cunier a appelé l'attention et qui se présente presque toujours dans les cas qui nous occupent. Les lotions et les injections fréquemment répétées, les émollients et le collyre de nitrate d'argent, ont été mis en usage.

Ophthalmies rhumatismales. — Les malades, au nombre de trois, n'ont présenté rien de remarquable : pour traitement, il a été employé des évacuations sanguines générales, la teinture de colchique à l'intérieur, etc. (Sichel).

Ophthalmie herpétique. — Un seul malade a fourni l'occasion d'observer cette maladie peu commune. Le traitement propre à combattre les affections cutanées a été employé très-favorablement.

Corps étrangers. — Très-souvent des malades porteurs de corps étrangers dans l'œil se présentent à la consultation pour en être délivrés. Leur nombre a été de 37 en 1845. Beaucoup d'entre eux avaient des parcelles de fer incrustées dans la cornée ; celles-ci ont été enlevées au moyen d'une aiguille à cataracte. Il est d'autres ma-

lades qui ont les corps étrangers fixés à la paupière supérieure; presque toujours ils y sont retenus dans la rainure formée à la partie interne de la paupière supérieure par son bord libre. L'extraction a suffi pour faire disparaître tous les accidents que leur présence avait déterminés. D'autres *ophthalmies traumatiques* n'ont pas eu cet état de simplicité et ce prompt résultat. 22 individus ont présenté des accidents plus graves : 11 étaient atteints de kératite, soit avec ulcération simple, soit avec perforation de la cornée.

Un cas remarquable d'accident de ce genre a été offert par la petite Marie Hardi, enfant de 8 ans, demeurant au faubourg Saint-Léonard, qui s'était blessée avec des ciseaux le 23 août. L'instrument vulnérant avait pénétré à la partie interne et un peu inférieure de la cornée gauche : l'incision était de 11 millimètres ; 3 à 4 millimètres dépassaient le diamètre transversal de la cornée : l'iris était dilacéré et en partie sorti par l'incision. Le cristallin passé dans la chambre antérieure, où existait en outre un hypoœma, laissait voir un corps arrondi grisâtre et demi-transparent ; il y avait de plus un assez fort gonflement de la conjonctive. Les applications d'eau froide furent continuées pendant quelques jours. Il ne survint aucun accident, et le 2 septembre le cristallin était entièrement résorbé, ainsi que l'hypoœma, et l'enfant distinguait les objets qu'on lui présentait. Un collyre de pierre divine lui fut donné, et aujourd'hui cette enfant est radicalement guérie; elle a conservé toutefois une perte de substance de l'iris à sa partie interne.

D'autres malades avaient des perforations de la cornée avec hernie de l'iris. On a suivi le traitement indiqué pour les kératites, et les malades ont guéri avec plus ou moins de difformité de la pupille.

Blépharites. — 61 blépharites ont été observées dans le courant de l'année : 28 sous l'influence du vice scrofuleux, 12 catarrhales, 7 ciliaires, 4 granuleuses, et 7 glanduleuses. Le traitement mis en usage contre cette affection s'est composé de l'emploi de diverses pommades ophthalmiques; seulement pour quelques-unes, on y a joint un collyre. Pour certaines blépharites avec ulcérations, on a fait des cautérisations avec le nitrate d'argent sur le bord ciliaire. Ces applications immédiates ont produit, en général, des résultats prompts et décisifs.

Lorsqu'il existait une diathèse à combattre, on avait recours au traitement général employé dans les autres cas d'ophthalmie spéciale.

Cinq malades avaient des tumeurs dans le tissu palpébral; deux

ont été enlevées à l'aide de l'instrument tranchant, trois autres ont pu être guéries par des frictions avec une pommade iodurée.

Trois cas de *trichiasis* se sont montrés : deux ont été opérés par excision d'un lambeau de peau à la paupière supérieure ; pour le troisième, l'arrachement des cils, à certaines époques, a suffi pour débarrasser la malade porteuse de cette infirmité, de l'irritation qu'ils occasionnaient au globe de l'œil.

Un *ectropion* complet de la paupière inférieure droite a été opéré par le procédé de Dieffenbach ; mais on n'a obtenu qu'un demi-succès.

Un seul *phlegmon* de la paupière supérieure droite s'est montré sur la personne d'un enfant de quatre ans. Au moyen de l'incision, tous les accidents ont disparu par l'évacuation de la matière purulente.

Une *blépharoplastie*, la seule opération de ce genre qui ait été pratiquée pendant le courant de l'année au dispensaire, a été couronnée de succès. Marie Bierna, de St-Gilles, était atteinte d'un ulcère cancéreux à la paupière inférieure gauche ; cet ulcère était superficiel et n'avait pas encore pénétré jusqu'aux téguments internes de la paupière. Une incision courbe, partant de l'angle interne en dehors du point lacrymal inférieur, descendit sur la joue et remonta jusqu'au-dessus de l'arcade zygomatique ; une seconde incision droite fut pratiquée à l'angle externe de l'œil et dirigée perpendiculairement sur la première incision, de manière à former un lambeau triangulaire, comprenant les tissus malades, lequel fut enlevé ; le grand lambeau fut relevé, remonté et fixé à la paupière inférieure qu'il constitue aujourd'hui. Le bord externe de l'espace triangulaire enlevé forme le bord libre de la paupière restaurée ; le cartilage tarse a été conservé et permet à cette paupière d'exercer tous ses mouvements. La cicatrisation s'est opérée rapidement à la partie supérieure ; mais le bord inférieur du lambeau a donné de la suppuration pendant quelques jours, ce qui a un peu retardé la marche de la maladie.

Un *ulcère rongeant*, siégeant à l'angle des paupières, a été traité par le caustique de M. Velpeau. Deux applications ont suffi pour amener une cicatrisation parfaite qui a été opérée dans l'espace de cinq semaines.

Parmi les affections des voies lacrymales, une *fistule* a été opérée, et l'on a fait usage du clou de plomb, moyen ordinairement employé par le chirurgien du dispensaire.

Une *tumeur lacrymale* fut traitée et guérie par des applications réitérées de sangsues sur la partie malade.

Trois malades présentaient un simple *epiphora* : les topiques astringents ont pu les guérir sans que l'on ait dû avoir recours à des moyens plus énergiques.

Sur les 7 *iritis* qui ont été observées dans le courant de 1845, 3 étaient syphilitiques, 2 rhumatismales, 2 idiopathiques. Le traitement mis en usage dans ce cas, quand la maladie était à l'état aigu, a consisté en saignées locales et générales abondantes, l'administration des mercuriaux à l'intérieur et à l'extérieur, en instillations d'infusion de belladone, dans le but d'éviter les adhérences du cercle pupillaire ou l'atrésie de la pupille. Dans les cas de rhumatisme, la teinture de colchique a été employée ; mais pour les cas d'infection syphilitique, on a mis en usage les mercuriaux quand l'infection était de date récente : quand l'iritis s'était développée à la suite d'accidents tertiaires, l'iodure de potassium a été prescrit avec le plus grand succès.

Trois *choroïdites* seulement ont été observées : une a été guérie ; la seconde était en état d'amélioration lorsque la malade a cessé de venir à la consultation ; le troisième malade n'a plus reparu après la deuxième visite. Le traitement qui a été mis en usage s'est résumé en applications de sangsues à l'anus, l'administration des aloétiques, etc.

Une malade atteinte de *staphylôme* opaque de la cornée gauche a été opérée par l'enlèvement de la partie antérieure de la saillie cornéenne : depuis cette époque, l'œil opéré est délivré des inflammations qui s'y reproduisaient sans cesse. Un second malade, atteint de la même affection, a cessé de venir après avoir subi infructueusement plusieurs traitements.

Deux malades porteurs de *ptérygions* ont été opérés par excision; cette opération a suffi pour rendre la vision bien nette à ces malades. Des collyres laudanisés ont été prescrits après l'opération.

Deux *pinguéculas* ont été enlevés au moyen des ciseaux, et la plaie résultant de l'opération a été cautérisée avec le nitrate d'argent : les deux opérés ont été guéris.

Deux opérations de *pupille artificielle* ont été faites : l'nne par iridectomie, la seconde par iridodyalisis ; la première seulement a été couronnée de succès.

Amaurose. — 23 malades étaient atteints de cette dangereuse maladie : 15 étaient seulement à l'état d'*amblyopie*, 8 à l'état d'a-

maurose déterminée. Sur les 15 amblyopiques, 3 l'étaient devenus par cause asthénique, 12 par suite d'un état congestif. 12 malades ont été guéris, 2 restent en traitement, et 1 est entré à l'hôpital civil. — Sur les 8 amaurotiques, 3 restent en traitement, 4 étaient incurables, et 1 n'est plus revenu. — Les amauroses ont été traitées par les évacuations sanguines générales, les applications de sangsues à l'anus, les révulsifs sur le tube intestinal, les vésicatoires volants (méthode de Dupuytren), la strychnine, la pulsatille, enfin les moyens ordinairement mis en usage contre cette maladie. — Les amblyopies asthéniques ont été combattues par l'administration intérieure des ferrugineux et les frictions excitantes sur le front et la tempe, thérapeutique qui a suffi pour amener le rétablissement des malades.

Le nombre des individus affectés de *cataracte* qui se sont présentés au dispensaire a été de 25. Sur ce nombre, on compte 18 lenticulaires, 2 capsulaires antérieures et 5 traumatiques; 14 n'atteignaient qu'un œil. Le nombre des opérations de cataracte s'est élevé à 13; 9 ont été opérées par abaissement, 4 par extraction. Quatre malades seulement étaient atteints de cataracte aux deux yeux.

Parmi ces opérations, quelques-unes ont présenté des circonstances particulières. Entre autres, nous citerons le sieur Barbier, atteint d'une cataracte traumatique à la suite d'une blessure produite par un corps étranger qui fut retrouvé au milieu du cristallin, et qui avait à peu près le volume d'un grain de chènevis. La lentille, rendue opaque par suite de la lésion produite par le corps vulnérant, n'avait pas permis d'apercevoir ce dernier. Les exemples de corps étrangers restés dans la lentille ne sont pas très-communs; peut-être en retrouverait-on plus souvent dans l'organe réfracteur, si les opérateurs pratiquaient plus fréquemment l'extraction.

Un autre malade présenta un fait fort intéressant : Le sieur Cloos, du village de Wandre, était atteint depuis plusieurs années d'une cataracte de l'œil droit, qui était survenue à la suite d'un coup que le malade avait reçu à cet œil. Il avait ajouté peu d'importance à cet accident; mais, dans l'année 1844, un autre coup reçu à l'œil gauche ayant rendu cet œil amaurotique, il vint chercher un remède contre un accident qui le privait presque entièrement de la vue.

A l'œil droit, la cornée avait été ouverte à sa partie inférieure, l'iris avait contracté une adhérence dans la solution de continuité,

et la pupille, déformée par le tiraillement du diaphragme irien, avait la forme d'une simple fissure. Une pupille artificielle fut pratiquée d'abord, l'ouverture pupillaire agrandie, et il fut impossible d'extraire la cataracte, à cause des adhérences qu'elle avait contractées à sa partie inférieure.

L'extraction a dû être abandonnée, dans la crainte que des pressions intempestives ne vidassent l'œil. Il fallut attendre que l'incision de la cornée fût cicatrisée, et quand toute trace d'inflammation eut disparu, M. Jules Ansiaux pratiqua l'abaissement. Mais il fut encore impossible de détacher la cataracte à la partie inférieure, et malgré tous les efforts employés pour amener l'abaissement, l'aiguille ne put parvenir à la déprimer complétement. Il fallut encore renoncer cette fois à l'opération, et M. Ansiaux résolut de faire de nouveau l'extraction, ce qui fut exécuté un mois après.

La cataracte fut saisie avec des pinces à crochets, et ne pouvant être extraite, il fallut en faire l'excision ; elle présentait une consistance cartilagineuse. Aujourd'hui, la cornée est parfaitement cicatrisée, et la vision s'opère, mais incomplétement ; cependant cet œil s'améliore tous les jours.

Une cataracte congénitale a été opérée sur un enfant de dix-huit mois : l'année précédente déjà, l'œil gauche avait été opéré avec succès. Voici comment le chirurgien a procédé pour les deux fois : L'enfant, d'abord emmaillotté, fut tenu sur mes genoux ; un autre aide, soutenant la tête, relevait la paupière supérieure avec l'élévateur de Pellier ; une main tenait la paupière inférieure rabattue au moyen d'un abaisseur terminé par une longue tige et adapté à un manche ; le globe de l'œil fixé par un crochet et l'aiguille introduite dans la sclérotique à l'endroit d'élection pour l'abaissement, le cristallin et la capsule furent divisés, les fragments projetés dans la chambre antérieure et résorbés au bout de dix jours. Aujourd'hui, la vision s'exerce par cet œil comme par l'œil gauche opéré l'année précédente. Deux des opérations de cataracte faites par abaissement n'ont pas réussi ; des hypopions se sont manifestés à la suite d'iritis et ont entraîné la perte de la vue que les malades avaient récupérée à l'instant de l'opération.

Strabisme. — Trois ont été opérés avec succès. Un des sujets, la femme Martin Marguerite, âgée de 72 ans, était louche des deux yeux depuis 40 ans ; cette femme était en outre atteinte de cataracte aux deux yeux. Depuis que l'opacité du cristallin s'était manifestée, le strabisme convergent était porté à un degré tel, que les cornées

disparaissaient dans l'angle interne de chaque œil, circonstance qui s'était surtout aggravée avec la perte de la vision. Cette disposition ne permettant pas d'opérer la cataracte, la strabotomie fut pratiquée sur l'œil gauche seulement, parce que l'œil droit était en même temps amaurotique. L'œil opéré fut redressé, et on engagea la malade à diriger cet œil en dehors et à chercher la lumière, qu'elle distinguait encore très-nettement en se plaçant de manière à la recevoir du côté gauche.

Dix malades étaient incurables par la perte de l'organe de la vue à la suitè de maladies diverses, et n'ont été soumis à aucune espèce de traitement.

Indépendamment de ces dix derniers individus pour lesquels il n'y avait rien à faire, il s'est trouvé onze malades qui n'ont pu être guéris : ce sont quatre amaurotiques, un staphylôme, un leucôme, une kératite avec perforation et hernie de l'iris, qui a entraîné la perte de la vue, un opéré de la pupille artificielle, deux de la cataracte, et un de l'abrasion de la cornée.

MÉMOIRE SUR L'OPHTHALMIE GONORRHOÏQUE;

Par le docteur Fréd. Hairion, professeur d'ophthalmologie à l'Université catholique, médecin de bataillon, chargé de la direction de l'Institut ophthalmique de l'armée, établi à l'hôpital militaire de Louvain, etc.

Synonymie. Ophthalmie vénérienne (de Saint-Yves); ophthalmie gonorrhoïque (Astruc) ; ophthalmie blennorrhagique (Swediaur) ; ophthalmie médorrhoïque (Wendt); blépharophthalmie syphilitique (Benedict) ; chaudepisse des paupières et du globe de l'œil (Verin) ; ophthalmo-blennorrhée vénérienne (Bonorden) ; blépharo-blennorrhée gonorrhoïque, et blépharophthalmo-blennorrhée gonorrhoïque. (Schoen); gonorrhée de l'œil ; conjonctivite spécifique.

§ I. — *Définition de la maladie.— Sa nature.— Ses divisions.—* La syphilis, qui apparut pour la première fois en Europe vers la fin du xve siècle, ne se présenta pas dans les premiers temps avec cette variété de symptômes qui la caractérisent aujourd'hui. Des ulcères aux parties génitales et des éruptions pustuleuses en furent les premiere symptômes. Plus tard, et successivement à des époques plus éloignées, se développèrent les exostoses, les verrues, les végétations, le bubon, l'alopécie, etc. La gonorrhée ne fut observée que vers l'an 1545; mais ce n'est que 150 ans plus tard qu'il fut fait mention pour la première fois de l'ophthalmie gonorrhoïque. De

Saint-Yves l'a signalée sous le nom d'ophthalmie vénérienne, et Astruc, le premier, en a donné une description détaillée. Dans les écrits antérieurs à ces auteurs, on ne trouve rien qui indique que cette maladie ait été connue, quoique plusieurs médecins, et entre autres Jean de Vigo (1514, *Pract.*, lib. 5, cap. 1) et Jean Maynard (1520, *lib.* 7, *epist.* 2) aient consacré dans leurs ouvrages des chapitres spéciaux aux maladies oculaires produites par la vérole.

Depuis Astruc, on s'est beaucoup occupé de cette maladie; la plupart des traités généraux de chirurgie et des traités spéciaux d'ophthalmologie et des maladies syphilitiques, en ont donné des descriptions plus ou moins détaillées; elle a été en outre l'objet de plusieurs mémoires *ex professo* et d'un grand nombre d'articles dans les journaux de médecine et de chirurgie.

Malgré ces nombreux écrits, son histoire n'est guère plus avancée aujourd'hui qu'elle ne l'était du temps d'Astruc: sa nature, ses causes, son mode de développement, ses caractères, son diagnostic, etc., forment l'objet des opinions les plus dissidentes. On peut juger de la confusion extrême qui doit régner sur ces divers points de la question qui nous occupe, par la définition même de la maladie.

On donne généralement le nom de gonorrhoïque à toute ophthalmie purulente qui se déclare chez un individu atteint de gonorrhée et chez ceux dont les yeux ont été mis en contact avec de la matière des organes génitaux d'une personne affectée de cette maladie.

L'épithète gonorrhoïque, donnée à l'ophthalmie qui reconnaît pour cause l'application de la matière de la gonorrhée sur les yeux, se justifie par des rapports de *cause à effet* établis entre la maladie des organes génitaux, d'un côté, et l'ophthalmie de l'autre; mais lorsqu'on étend cette dénomination indifféremment à toute ophthalmie purulente qui se développe chez les sujets atteints de gonorrhée, on cesse de s'entendre, et l'on tombe dans la confusion la plus profonde. Car, quel que soit le rôle que l'on fasse jouer à cet écoulement dans le développement de l'affection oculaire, on ne pourra nier que, chez un individu qui en est affecté, il ne puisse quelquefois se développer une ophthalmie purulente qui n'aura aucun rapport avec la maladie des organes génitaux. Il est donc évident que cette définition manque de justesse et de précision, qu'elle embrasse des maladies différentes, et que le rôle de l'écoulement uréthral, dans

le développement de l'affection oculaire, n'y est pas assez clairement déterminé.

Pour exposer avec lucidité et précision les différents points de l'ophthalmie gonorrhoïque, il est indispensable que nous exprimions préalablement notre pensée sur la nature de la blennorrhagie uréthrale. C'est en partie sans doute pour avoir négligé ces précautions, que les auteurs, partis de données différentes, sont arrivés à des résultats si divers.

Tandis que les médecins physiologistes d'un côté, Ricord et son école de l'autre, ont cherché à démontrer que la gonorrhée n'est qu'une inflammation simple, n'ayant rien de spécifique, d'autres médecins, observant sans idées préconçues la marche de la maladie, ses complications, ses conséquences, et placés d'ailleurs en dehors de tout entraînement systématique, ont reconnu que cette maladie est une affection spécifique, virulente, contagieuse, et pouvant, dans quelques cas, donner lieu, comme le chancre, à des symptômes de syphilis constitutionnelle. Dans ces derniers temps, Baumès a défendu cette thèse avec toute la verve et le talent qu'on lui connaît; il l'a appuyée de faits, et a ramené de nombreux médecins praticiens à son opinion. Le chancre et la gonorrhée seraient donc deux maladies identiques tant qu'au fond, procédant de la même origine, et ne différant entre elles que par quelques circonstances dans les détails desquels nous ne pourrions entrer sans nous éloigner trop de notre sujet. Ce n'est pas toutefois qu'il ne puisse exister aussi des écoulements de l'urèthre qui ne reconnaissent d'autres causes que l'inoculation du virus gonorrhoïque ; mais j'en appelle ici à la conscience et à la sincérité des médecins praticiens, les écoulements contractés en dehors des circonstances qui exposent à l'infection spécifique sont extrêmement rares : aussi, dans le cours de ce mémoire, ferons-nous abstraction de ces faits, pour ne considérer la gonorrhée que comme une des formes de la syphilis primitive.

Cela posé, la première question qui se présente à résoudre est celle de savoir si l'ophthalmie gonorrhoïque participe de la nature de la gonorrhée, et si, comme cette dernière, elle peut être classée au nombre des symptômes primitifs de la syphilis. Si nous nous renfermons dans les termes de la définition que nous avons donnée de cette maladie, nous devons nécessairement admettre une *ophthalmie gonorrhoïque syphilitique* et une *ophthalmie gonorrhoïque non syphilitique*. La première, identique par sa nature avec la gonorrhée, reconnaît toujours pour cause l'application directe du virus gonor-

rhoïque sur la conjonctive ; elle se caractérise par des propriétés spécifiques, virulentes, contagieuses, et par *l'existence constante d'une petite tumeur arrondie ou ovalaire, sous-cutanée, douloureuse à la pression, située au-devant de l'oreille du côté malade, et due à l'engorgement des ganglions lymphatiques*. La seconde, qui n'a aucun des caractères spécifiques de la précédente, appartient à la classe des ophthalmo-blennorrhées catarrhales ou scrofuleuses ; elle s'en distingue seulement par sa coïncidence avec un écoulement uréthral et par l'influence que cet écoulement exerce sur son développement et sur sa gravité.— Ainsi, pour nous, la dénomination d'ophthalmie gonorrhoïque sera un terme générique par lequel nous désignerons l'ophthalmie purulente développée au milieu des conditions déterminées dans la définition de cette maladie ; et lorsque nous voudrons en indiquer l'espèce ou en spécifier la nature, nous ajouterons les épithètes *syphilitique* et *non syphilitique*.

L'*engorgement ganglionnaire* sur lequel nous venons d'établir la distinction de l'ophthalmie gonorrhoïque n'a été signalé nulle part. Nous avons rencontré ce symptôme, pour la première fois, il y a deux ans et demi, chez un malade atteint de pannus double, traité par l'inoculation avec la matière gonorrhoïque, et dont nous rapporterons plus loin l'observation (1). Depuis lors, nous l'avons observé neuf fois, savoir : sur quatre malades affectés de pannus double, soumis au même traitement que le cas précédent ; sur trois sujets, atteints d'ophthalmie purulente développée à la suite de l'application de la matière gonorrhoïque sur les yeux ; chez un enfant, âgé de trois mois, qui avait perdu les deux yeux à la suite d'une ophthalmie purulente développée le lendemain de sa naissance ; enfin, une dernière fois, sur une femme qui présentait un chancre syphilitique

(1) C'est vers l'an 1812 que Jaeger employa le premier l'inoculation avec la matière blennorrhagique dans le traitement du pannus. Cette méthode, tombée dans l'oubli, fut de nouveau mise en usage, il y a quelques années, par Piringer, avec un succès vraiment remarquable. Depuis, Stout, en Angleterre, Fallot, en Belgique, en ont retiré aussi de grands avantages. — Placé à la tête d'un service qui ne compte pas moins de 60 à 80 ophthalmiques, la plupart atteints d'ophthalmies anciennes et invétérées, nous avons eu souvent recours à cette méthode de traitement. — La matière d'inoculation a toujours été prise d'abord sur des individus porteurs d'ophthalmies purulentes, et quand cette matière s'est montrée impuissante, inefficace, alors seulement nous avons fait usage de la matière gonorrhoïque uréthrale. Nous nous proposons au surplus de revenir plus amplement sur ces faits dans un autre travail.

primitif occupant la moitié interne du bord libre de la paupière inférieure gauche. Dans aucune autre affection oculaire nous n'avons rencontré cet engorgement ganglionnaire, bien que les cas sur lesquels nous ayons dirigé notre attention depuis l'instant où nous avons noté ce symptôme pour la première fois, aient été aussi variés que nombreux.

L'existence de cette tumeur dans les cas que nous avons mentionnés plus haut, et où l'inoculation du virus syphilitique avait manifestement agi comme cause déterminante, son absence absolue dans plus de 700 cas d'affections oculaires, aiguës ou chroniques, purulentes ou non purulentes, reconnaissant toute autre cause que l'action directe de ce virus, et sur lesquels nous avons porté l'attention la plus scrupuleuse, donnent à cette tumeur le caractère d'un véritable bubon syphilitique, dû à l'absorption du virus syphilitique, gonorrhoïque ou chancreux, et à son transport par les vaisseaux absorbants des paupières dans les ganglions lymphatiques correspondants.

Il est vraiment digne de remarque que le bubon pré-auriculaire ait entièrement échappé à la sagacité et à l'esprit observateur de tant d'auteurs qui ont écrit sur les maladies syphilitiques ou oculaires. Delpech (*Clinique chirurgicale*, tom. I, pag. 319), il est vrai, rapporte l'observation « d'une femme jeune et bien portante, qui, s'étant « lavée avec de l'eau de Goulard et une éponge qui servait fréquem« ment à la toilette d'un jeune homme affecté de gonorrhée syphi« litique, contracta tout aussitôt une ophthalmie des plus aiguës « qui entraîna rapidement la perte d'un œil, détermina des ulcé« rations, un engorgement des ganglions du cou, symptômes qui « ne purent être dissipés que par un traitement mercuriel. » Mais évidemment il y a loin de l'engorgement des ganglions du cou, dont il s'agit ici, au bubon pré-auriculaire dont nous avons mentionné l'existence. D'ailleurs, cet engorgement cervical que nous n'avons observé, pour notre part, dans aucun cas d'ophthalmie gonorrhoïque, n'est présenté, dans l'observation rapportée par le célèbre professeur de Montpellier, que comme une complication accidentelle; tandis que le bubon pré-auriculaire s'est offert à nous comme un symptôme constant, invariable de la gonorrhée syphilitique de l'œil.

Mais ce qui a lieu d'étonner bien davantage, c'est que Philippe Boyer (*Traité pratique de la Syphilis*, Paris, 1836, pag. 71), qui a fondé le diagnostic différentiel des affections syphilitiques primitives

des parties génitales sur l'existence constante du bubon syphilitique au pli de l'aine, n'ait jamais rencontré d'engorgement analogue dans l'ophthalmie gonorrhoïque.

La possibilité de distinguer, d'après l'existence ou l'absence du bubon pré-auriculaire, l'ophthalmie gonorrhoïque syphilitique de celle qui ne l'est pas, nous met à même de poser les propositions suivantes que nous appuyerons de faits dans le cours de ce mémoire :

1° On doit admettre une ophthalmie gonorrhoïque syphilitique et une ophthalmie gonorrhoïque non syphilitique ;

2° La première se distingue de la seconde par un caractère essentiel, constant, pathognomonique : l'engorgement des ganglions lymphatiques correspondants ;

3° L'ophthalmie gonorrhoïque syphilitique participe de toutes les propriétés de la gonorrhée syphilitique ;

4° Elle reconnaît pour cause unique l'application de la matière de la gonorrhée sur la conjonctive, que cette matière provienne de l'individu lui-même ou d'une autre personne atteinte de cette maladie ;

5° L'ophthalmie gonorrhoïque considérée comme phénomène sympathique ou métastatique, n'est jamais de nature syphilitique ; cette ophthalmie se confond entièrement avec les autres blennorrhées oculaires aiguës et ne s'en distingue par aucun caractère essentiel ;

6° Lorsqu'une ophthalmie purulente se développe chez un individu atteint de gonorrhée, il peut arriver : *a*) que la gonorrhée soit entièrement étrangère au développement de l'ophthalmie ; *b*) qu'elle agisse comme cause prédisposante (*développement par sympathie*) ; *c*) comme cause aggravante (*développement attribué à la métastase*) ; *d*) ou enfin comme cause déterminante (*développement par inoculation*). L'ophthalmie qui reconnaît cette dernière cause est seule virulente, syphilitique ; les autres ne sauraient l'être.

7° L'existence d'un symptôme qui permet de reconnaître avec certitude l'ophthalmie gonorrhoïque syphilitique de celle qui ne l'est pas, est appelée à jeter le plus grand jour sur toutes les questions qui se rattachent à l'histoire de l'ophthalmie gonorrhoïque, de l'ophthalmie des nouveau-nés, et aussi sur certains points encore obscurs ou contestés de l'histoire de la syphilis en général.

8° L'apparition de ce symptôme au début de la maladie ne saurait être indifférente pour le traitement.

§ II. — *Etiologie.* — Il existe une grande divergence d'opinions sur le mécanisme de la production de l'ophthalmie gonorrhoïque.

On a invoqué tour à tour, pour l'expliquer, *l'inoculation ou l'infection directe, la métastase, la sympathie, l'infection miasmatique* et *l'infection générale de l'organisme.*

I. *Inoculation.* — On est loin d'être d'accord relativement aux résultats de l'inoculation de la matière gonorrhoïque sur les conjonctives; nous allons résumer succinctement les différentes opinions des pathologistes sur ce point, ainsi que les diverses questions qui s'y rattachent.

a). Les uns, se fondant sur quelques faits mal interprétés ou incomplets, ont nié formellement que l'ophthalmie gonorrhoïque pût résulter de l'application de la matière de l'écoulement uréthral sur les conjonctives.

Le fait qui a servi de point de départ à cette opinion, partagée par plusieurs médecins, a pour sujet un élève en médecine, nommé Smith, qui porta volontairement à ses yeux du pus d'une blennorrhagie dont il était atteint, sans qu'il en résultât aucune affection de la conjonctive. Ce fait n'a pour nous ni l'importance qu'on lui a donnée, ni la valeur scientifique qu'on en a déduite. Il arrive en effet une époque où le virus syphilitique, qu'il soit d'ailleurs *gonorrhoïque ou chancreux*, perd ses propriétés spécifiques, et même toutes qualités irritantes. C'est peut-être à cette circonstance que l'élève Smith a dû d'échapper aux conséquences désastreuses qu'aurait pu avoir son imprudente conduite. Nous disons *peut-être*, parce que nous pensons que l'infection de la conjonctive par la matière de la gonorrhée ne saurait avoir lieu en dehors de certaines conditions de vitalité de la part de cette muqueuse. Beaucoup d'auteurs ont parlé du privilége présenté par certains individus de résister à l'infection syphilitique, privilége qu'on a attribué, faute de meilleure explication, à certaines conditions de vitalité locales ou générales qui nous échappent. Il ne répugne donc pas d'admettre que le virus gonorrhoïque, appliqué sur la conjonctive, puisse, chez quelques individus, rester sans effet, bien que dans l'immense majorité des cas, comme nous allons le voir, le contraire ait lieu, et que cette application soit suivie d'une inflammation ordinairement très-violente de cette membrane. Il y a quelque chose d'analogue à ce que nous disons ici dans les résultats suivants, obtenus dans le traitement des pannus par l'inoculation avec la matière gonorrhoïque : sur un des malades que nous avons soumis à ce traitement, trois inoculations furent pratiquées successivement, et à plusieurs jours d'intervalle, avant d'obtenir quelque effet ; un autre malade s'est montré tout à fait

rebelle à ce genre de traitement : six fois l'inoculation fut répétée avec la matière de la gonorrhée, recueillie chez divers individus atteints de cette maladie à l'état aigu, et six fois sans résultat aucun ; l'état des conjonctives resta constamment le même, la sécrétion purulente ne parut modifiée ni dans sa quantité, ni dans ses qualités, et l'engorgement des ganglions pré-auriculaires, qui n'a jamais manqué toutes les fois que l'inoculation a été suivie de réaction, n'a pas été observé dans ce cas.

b). D'autres, et notamment le docteur Vetch, tout en « admettant « que le pus gonorrhoïque, pris sur une personne et appliqué sur « les conjonctives d'une autre, excite une ophthalmie purulente in« tense, se refusent d'admettre la possibilité de la transmission de « l'infection des yeux par l'intermédiaire du pus blennorrhagique « sur la même personne. » (Mackenzie.)

Sichel dit à ce sujet que « la question de savoir si un individu « peut s'infecter lui-même, et si la matière sécrétée par la mu« queuse uréthrale n'est pas devenue trop homogène à l'économie « pour agir sur une autre muqueuse, n'est pas encore définitive« ment décidée. »

c). Un grand nombre de médecins, et entre autres Astruc, Allan, Foot, Bacot, Delpech, Wardrorp, Lawrence, Mackenzie, Carron du Villards, Caffe, Laugier, Rognetta, Cunier, Noppe, etc., rapportent des faits qui prouvent d'une manière incontestable que la matière de la gonorrhée, quelle que soit son origine, appliquée sur la conjonctive, y détermine une ophthalmie purulente grave. C'est d'ailleurs l'opinion la plus généralement admise aujourd'hui.

d). Si l'existence de l'ophthalmie gonorrhoïque par l'inoculation ne saurait plus être un sujet de contestation pour la grande majorité des médecins, il s'en faut qu'ils s'entendent sur la nature de cette maladie inoculée. Est-elle contagieuse, virulente, de nature syphilitique, comme la gonorrhée d'où elle procède ; ou n'est-ce qu'une affection simplement inflammatoire? En d'autres termes, la matière gonorrhoïque appliquée sur la conjonctive agit-elle par ses propriétés virulentes, comme le pensent la plupart des médecins, quoiqu'aucun d'eux n'apporte des preuves à l'appui de cette opinion, ou par ses propriétés irritantes, comme l'affirme Ph. Boyer ?

Vainement nous avons cherché dans les nombreux ouvrages écrits sur les maladies syphilitiques ou oculaires les éléments nécessaires à la solution de ces diverses questions ; partout nous n'avons rencontré que des opinions à l'état de simples assertions, ou déduites

de faits incomplets et mal interprétés ; nulle part nous n'avons trouvé des données positives, appuyées sur des faits bien établis. Voici, au surplus, ce que la science possède à ce sujet : quelques auteurs ayant réussi à rappeler l'écoulement uréthral supprimé en portant la matière purulente de l'œil dans le canal de l'urèthre, ont conclu à l'identité de ces deux maladies ; d'autres, n'ayant obtenu de cette pratique aucun résultat, ont refusé à l'ophthalmie les propriétés virulentes et contagieuses de la gonorrhée. D'un autre côté, Vetch et Schoen ont porté le pus d'un œil atteint d'ophthalmie gonorrhoïque dans le canal de l'urèthre d'un autre individu, et ils ont déterminé une violente inflammation. A côté de ces faits, nous trouvons que d'autres médecins ont obtenu des résultats semblables en employant la matière purulente de l'ophthalmie de l'armée. Les conclusions que l'on a voulu déduire de ces deux ordres de faits pour établir ou combattre l'identité de l'ophthalmie avec la gonorrhée, ne sauraient soutenir le moindre examen.

Plus heureux que ceux qui nous ont précédé dans l'étude de cette maladie, nous croyons être à même de prouver irrévocablement, par des données et des faits positifs, la spécificité de l'ophthalmie gonorrhoïque par inoculation et son identité avec la gonorrhée.

Déjà nous avons démontré précédemment que cette ophthalmie se caractérise par le développement constant et invariable du bubon pré-auriculaire, symptôme que nous n'avons rencontré dans aucun autre cas d'ophthalmie purulente, quelles que fussent d'ailleurs son intensité et sa nature. L'expérience suivante nous paraît ne devoir laisser aucun doute sur la question que nous agitons ici. Chez un malade (Obs. I) atteint d'une inflammation violente des conjonctives, avec suppuration abondante et engorgement des ganglions pré-auriculaires, résultant de l'application de la matière virulente de la gonorrhée, nous avons recueilli du pus de l'œil et l'avons porté dans le canal de l'urèthre de l'individu même, ainsi que d'un autre malade en traitement pour des chancres syphilitiques. Chez l'un et l'autre sujet, il en résulta une inflammation assez intense de la muqueuse uréthrale, avec engorgement des ganglions lymphatiques de l'aine ; mais lorsque nous avons introduit dans le canal de l'urèthre de la matière recueillie chez des individus atteints d'ophthalmie purulente, produite par toute autre cause, nous n'avons obtenu rien de semblable. Il est bien arrivé quelquefois de déterminer une inflammation du canal de l'urèthre ; mais dans aucun cas cette inflammation ne s'est accompagnée de l'engorgement des ganglions lymphatiques des

aines, et, quelle qu'ait été du reste son intensité au début, elle s'est toujours terminée spontanément au bout de peu de temps ; tandis que, chez les premiers, l'inflammation de l'urèthre n'a cédé qu'après 18 jours, chez l'un, et 25 jours, chez l'autre, du traitement ordinaire de la gonorrhée (1).

e). Fischer rapporte trois cas d'ophthalmie purulente développée chez des adultes dont les yeux avaient été mis en contact avec la matière purulente d'enfants atteints de l'ophthalmie des nouveau-nés. Lawrence parle aussi d'un cas semblable.

Scherrer, qui signale ces faits, en conclut qu'il existe une grande analogie entre l'ophthalmie purulente développée chez ces adultes et l'ophthalmie gonorrhoïque. Nous ne ferons qu'une seule objection aux déductions qu'on a tirées de ces faits : c'est que, pour conclure à l'analogie de l'ophthalmie des adultes qui font le sujet des observations précédentes, avec l'ophthalmie gonorrhoïque, il eût fallu avant tout démontrer la nature des cas d'ophthalmie des nouveau-nés qui ont fourni la matière d'inoculation. En effet, cette dernière maladie reconnaissant des causes très-différentes, par exemple l'ap-

(1) Nous éprouvons le besoin de donner ici quelques explications au sujet de ces deux expériences d'inoculation. A l'époque où elles ont été faites, notre conviction sur la nature de la gonorrhée n'était pas établie. Alors comme aujourd'hui l'opinion des médecins se divisait en deux camps : pour les uns, la gonorrhée n'était qu'une affection simplement inflammatoire; pour les autres, elle se montrait comme une des formes de la syphilis: tous appuyaient leurs opinions de raisonnements et de faits, et, des deux côtés, la liste des auteurs était nombreuse et composée de noms également illustres. Parmi les médecins qui partageaient cette dernière opinion, les uns accordaient à l'ophthalmie gonorrhoïque les propriétés virulentes et contagieuses de l'écoulement uréthral ; les autres les lui refusaient.

Au milieu de ce conflit d'opinions, le jeune médecin pouvait difficilement se guider ; du reste, cet état de choses ne pouvait manquer de réagir d'une manière plus ou moins fâcheuse sur la thérapeutique de la maladie. Aussi, en nous livrant à ces essais d'inoculation, avions-nous moins en vue d'éclairer un point obscur de l'histoire de la syphilis, que d'arriver à de nouvelles données qui pussent guider le médecin dans le traitement de cette grave maladie.

N'avions-nous pas d'ailleurs été précédé dans cette voie d'expérimentation par plusieurs médecins, et n'avions-nous pas devant nous des faits nombreux d'inoculation du virus chancreux, pratiquée dans ces derniers temps par une foule de praticiens les plus distingués ? Au surplus, faisons remarquer que nos deux expériences ont été faites chez des individus qui présentaient déjà des symptômes de syphilis, circonstance qui devait encore en atténuer les conséquences.

plication de la matière gonorrhoïque sur les yeux de l'enfant pendant le travail de l'accouchement, l'action du froid, des causes irritantes, etc., sa nature ne saurait être toujours la même. Si l'ophthalmie est produite par la première cause, alors seulement elle sera virulente, syphilitique, et la matière purulente qu'elle fournit, appliquée sur les yeux d'un autre individu, pourra déterminer une ophthalmie qui présentera une parfaite identité avec l'ophthalmie gonorrhoïque ; mais dans les autres cas l'ophthalmie des nouveau-nés sera une ophthalmie purulente simple ou catarrhale, qui ne saurait jamais donner lieu qu'à une affection de même nature et qui différera entièrement de la précédente. (*Voir* l'Obs. IV.)

f). Il nous reste une dernière question à examiner : celle de la fréquence relative de l'ophthalmie gonorrhoïque par inoculation. Pour la résoudre, il faudrait des relevés statistiques, et la science n'en possède pas ; elle ne pouvait même en établir jusqu'ici, faute d'éléments nécessaires. Cependant pour la plupart des médecins la question est résolue d'avance, et pour eux l'inoculation constitue le mode de développement le plus ordinaire de l'ophthalmie gonorrhoïque. Ils appuyent leur opinion, d'un côté, sur la fréquence plus grande de cette ophthalmie chez l'homme que chez la femme, et, de l'autre, sur la fixation de la maladie le plus souvent sur un seul œil.

En admettant comme démontré que l'ophthalmie gonorrhoïque est réellement plus fréquente chez l'homme que chez la femme, est-ce bien, comme on le pense, à la forme des vêtements, qui rendrait l'inoculation plus facile chez le premier, qu'il faut attribuer exclusivement ce résultat ? Nous ne le pensons pas, car si l'inoculation a lieu moins souvent chez la femme, ce que nous admettons volontiers, celle-ci est aussi bien moins exposée que l'homme à l'influence des excès de toutes espèces, des marches forcées, des vicissitudes atmosphériques, et autres causes qui ont une action si marquée sur le développement de l'ophthalmie purulente chez les individus atteints de gonorrhée. Il est en effet bien digne de remarque que là où ces dernières causes agissent d'une manière plus active, là aussi où les ophthalmies catarrhales sont plus fréquentes, nous voyons l'ophthalmie gonorrhoïque devenir de plus en plus commune. Lorsque, au contraire, les individus affectés de gonorrhée sont placés dans les conditions les plus favorables à l'inoculation, et que, en même temps, ils sont soustraits aux causes que nous venons d'indiquer, le développement de l'ophthalmie devient très-rare. Dans les hôpitaux, par exemple, où les hommes atteints de gonorrhée restent couchés une

grande partie de la journée, et peuvent si facilement porter les mains des parties génitales aux yeux, on voit rarement l'ophthalmie gonorrhoïque se développer. Nous avons traité dans l'espace de neuf années plus de 500 militaires atteints de gonorrhée, et nous n'avons pas vu une seule fois l'ophthalmie se développer pendant leur séjour à l'hôpital. C'est ordinairement à la suite d'excès, de fatigues, d'une marche forcée; c'est le plus souvent en descendant de garde, ou après s'être refroidis; c'est pendant qu'ils sont en traitement pour l'ophthalmie granuleuse dans les infirmeries régimentaires, que l'affection des yeux se développe. Nous avons observé l'ophthalmie gonorrhoïque sur 12 militaires appartenant à des corps en garnison à Louvain; tous avaient contracté l'ophthalmie à la caserne. L'Institut ophthalmique de l'armée, depuis son établissement jusqu'aujourd'hui, a reçu 48 hommes pour des altérations oculaires attribuées à l'ophthalmie gonorrhoïque; six seulement nous ont déclaré avoir contracté l'ophthalmie à l'hôpital, pendant qu'ils y étaient en traitement pour l'écoulement uréthral. D'ailleurs, si l'ophthalmie purulente, qui se montre chez les individus atteints de gonorrhée, reconnaissait l'inoculation pour cause principale, sa fréquence serait en rapport avec celle de la blennorrhagie; or, il n'en est rien : c'est ainsi que l'ophthalmie gonorrhoïque est très-rare en France, quoique les affections syphilitiques y soient beaucoup plus répandues qu'en Belgique.

La seconde raison que l'on a donnée en faveur de la fréquence du mode de développement de l'ophthalmie gonorrhoïque par inoculation, c'est-à-dire la fixation de l'inflammation sur un seul œil, n'est pas mieux fondée que la première; nous verrons plus loin que cette opinion, qui a généralement cours dans la science, a contre elle l'observation particulière de plusieurs médecins et quelques relevés statistiques généraux.

(La suite au prochain numéro.)

RECHERCHES SUR LA FORMATION DE PAILLETTES MOBILES ET LUISANTES DANS LE CORPS VITRÉ;

Par le docteur Sichel.

Souvent un fait curieux et rare est perdu pour la science et reste inexplicable tant qu'il est isolé. Il ne trouve sa signification, son importance et ses conséquences que lorsque d'autres faits, sem-

blables viennent se grouper autour de lui, et, en s'éclairant et se complétant mutuellement, permettent d'assigner aux phénomènes morbides dont il s'agit leur véritable place dans le cadre nosologique.

Ces réflexions me sont suggérées par une observation fort curieuse que j'ai prise il y a quatre ans, et que j'ai conservée depuis dans mes cartons, me proposant de ne la publier que lorsque j'en aurais rencontré quelque autre du même genre dans les fastes de l'art. On est trop disposé à regarder comme nouveaux des états pathologiques déjà décrits, surtout lorsque, entraîné dans le tourbillon d'une pratique étendue, et surchargé de matériaux originaux qu'on laisserait à regret stériles pour la science, on a rarement (et je suis dans ce cas) le loisir de faire des recherches purement historiques. Ces recherches sur le sujet de cette observation, qui, bien qu'ancienne aujourd'hui, n'a point encore vieilli, ne m'ont conduit jusqu'à présent qu'à la connaissance d'un seul cas analogue. La note de M. Desmarres, insérée en même temps dans le n° de novembre des *Annales d'Oculistique* et du *Journal de Chirurgie*, en portant au nombre de trois les faits de cette nature actuellement connus, m'a engagé à communiquer à M. Malgaigne, le jour même où je reçus le n° de son journal, le petit travail que je mets sous les yeux des lecteurs. C'est à eux à décider si la réunion et la comparaison de ces trois cas avanceront en quelque chose nos connaissances ophthalmologiques et jetteront quelque lumière sur la maladie oculaire nouvelle dont il s'agit.

Mon observation, rédigée en partie depuis quatre ans, en partie depuis l'année dernière, présente en outre un exemple intéressant d'hydrophthalmie et de cataracte fausse membraneuse adhérente.

Obs. — André C...., âgé de 13 ans, fils d'un ouvrier bottier de Paris, est affecté, depuis l'âge de deux ans, d'une hydrophthalmie des deux yeux. Au commencement de l'année 1841, lorsque le malade se présente à ma clinique, l'œil gauche a plus que doublé de volume, tout en conservant d'ailleurs les proportions entre ses différents diamètres. La pupille est mobile. L'iris n'est ni poussé en avant et convexe en ce sens, ni rétracté en arrière en forme d'entonnoir ; il forme, au contraire, un diaphragme plan, comme dans l'état normal, et ne présente pas de tremblotement. Un vaisseau injecté, venant de la partie inférieure de la sclérotique, la pénètre près du bord cornéen inférieur et va se perdre dans l'iris. Cet œil est très-sensible à la lumière et souvent douloureux. La sclérotique est légèrement bleuâtre au voisinage de la cornée. De cet œil l'enfant lit des caractères moyens à la distance de huit centimètres environ ; des verres concaves n° 9 ne lui font guère gagner que deux ou trois centimètres. La lumière l'impressionne vivement, et quelquefois même d'une manière douloureuse.

L'œil droit, considérablement plus petit que son congénère, a, à peu de chose près, un volume double de l'état normal. Au dire des parents, cet œil aurait atteint les mêmes dimensions que le gauche ; mais il y a deux ans environ, qu'à la suite d'une inflammation de huit jours de durée, il se serait fondu et aurait diminué de volume en quatre à six semaines.

Cet œil, un peu mou, semble être en voie de s'atrophier, et n'a conservé que la simple perception de la lumière. La pupille est beaucoup plus étroite que dans l'œil gauche, son champ est rempli par une capsule opaque, jaunâtre et adhérente.

Jusqu'à ce jour, l'enfant n'a été soumis qu'aux cautérisations syncipitales par un charlatan qui, voyant qu'il n'arrivait à aucun résultat avantageux, a conseillé d'abandonner le mal à lui-même.

En soumettant l'œil gauche à la ponction dont on a quelquefois retiré des avantages dans l'hydrophthalmie, on avait à craindre de le compromettre. A la demande des parents de l'enfant, je fis, le 21 juin 1841, un essai d'opération sur l'œil droit pour lequel, s'il n'y avait pas beaucoup à espérer, il n'y avait pas non plus de craintes sérieuses à concevoir, sa vision étant abolie depuis longtemps. La capsule est détachée sur son côté interne et considérablement éloignée de la pupille ; mais elle s'en rapproche beaucoup en remontant : quelque temps après l'opération, elle vient de nouveau en contact avec l'iris, et redevient adhérente sur plusieurs points de sa circonférence interne.

L'inflammation a été peu intense. Après avoir attendu longtemps, j'essaie de nouveau l'opération sur l'œil droit, le 14 décembre 1841. L'adhérence fort intime sur le côté externe ne permet d'abord que très-difficilement de traverser la partie correspondante de la capsule d'arrière en avant ; car il n'y a pas possibilité de la détacher ou de passer entre elle et l'iris. Je fais plusieurs essais inutiles pour la déchatonner ou la déchirer près de son bord interne ; enfin, après avoir arraché ou lacéré une couche superficielle, j'arrive à une couche plus profonde, beaucoup plus résistante encore, et située dans la moitié externe de la pupille, dans laquelle je réussis, non sans peine, à pratiquer une déchirure ou une petite entaille qui produit un craquement semblable à celui d'un parchemin qu'on déchire. Alors se produit un phénomène qui excite au plus haut degré l'étonnement et l'intérêt de tous ceux qui assistent à l'opération. Au moment même où le corps opaque situé dans la pupille s'entr'ouvre par suite de l'action profonde de l'instrument, un flot d'un liquide trouble et jaunâtre, entremêlé d'une foule d'écailles ou paillettes très-petites et d'un jaune doré luisant, se précipite dans la chambre antérieure, d'ailleurs très-ample, qu'il remplit en entier. Mais ce qui est plus curieux encore, c'est qu'au milieu de ce liquide trouble qui, une fois arrivé dans la chambre antérieure, reste immobile, on voit, dans la partie externe de cette cavité et un peu en haut, un flot d'un second liquide plus transparent qui sort et rentre, en tourbillonnant, par l'ouverture du diaphragme opaque. Ce phénomène rappelle absolument le bouillonnement d'une eau semi-transparente et jaunâtre dont l'ébullition se ferait dans la chambre postérieure, et dont la partie la plus superficielle passerait et repasserait alternativement d'une chambre de l'œil dans l'autre en tourbillonnant, ou, pour être plus exact, qui serait projetée par l'ébullition depuis le point de la perforation de la membrane opaque vers la circonférence et jusqu'à la cornée.

Ce qui est encore plus extraordinaire, c'est que, plusieurs semaines après l'opération, ce phénomène, à la description duquel nous avons mis la plus grande exactitude, continue encore pendant chaque mouvement de l'œil, et que les deux liquides qui remplissent la chambre antérieure ont toujours le même aspect. L'inflammation cette fois encore, bien qu'un peu plus forte qu'après la première opération, ne s'est présentée que très-peu intense ; elle a cédé au bout de quelques jours à l'application de six sangsues au-devant de l'oreille droite, à quelques purgatifs, aux onctions mercurielles belladonées, et à quelques autres moyens usités en pareil cas.

Ce phénomène peut s'expliquer en supposant, d'après le résultat de dissections faites dans d'autres cas d'hydrophthalmie, que le corps vitré était désorganisé et changé en un liquide contenant des flocons albumineux et des paillettes jaunâtres ; que l'hyaloïde, en partie résorbée, en partie épaissie, et commençant à devenir cartilagineuse, formait une couche plus profonde et comme parcheminée derrière la capsule épaissie et fausse-membraneuse, couche qui avait été perforée par l'aiguille ; que ce pertuis avait livré passage d'abord à la partie la plus épaisse du liquide, entremêlée des flocons albumineux et des paillettes, et plus tard à la partie la moins pesante et la plus transparente du fluide qui fluctuait d'une chambre à l'autre, et qui, ajoutons-le, ressemblait en quelque sorte à des bulles d'air mouvantes.

Après la guérison de l'inflammation, cet enfant est sorti, et au bout de quelques semaines a cessé de revenir à ma clinique. A sa dernière visite, les phénomènes indiqués existaient encore. Je ne l'ai revu qu'en septembre 1844. Alors l'œil droit avait considérablement diminué de volume et pouvait être regardé comme atrophié, bien que la cornée fût encore très-bombée et volumineuse, et la chambre antérieure d'autant plus large que l'iris désorganisé était rétracté en arrière et adhérent, sur toute la marge pupillaire rétrécie, à la fausse membrane opaque, épaissie et très-blanche. Dans la partie inférieure de la chambre antérieure, sur la circonférence inférieure de l'iris qui était tout à fait poussé en avant et presque contigu à la cornée, il y avait une bande d'un blanc-grisâtre, large à son milieu de près de trois millimètres, et formée sans doute par de la fibro-albumine exsudée et concrétée, à la surface de laquelle on voyait encore très-distinctement les paillettes métalliques d'une teinte dorée qui y étaient comme incrustées en forme d'une bandelette haute d'un millimètre environ sur les deux côtés et de près d'un demi-millimètre au milieu.

L'hydrophthalmie de l'œil gauche avait considérablement augmenté, et le jeune homme ne distinguait plus que les gros objets. La maladie était stationnaire depuis quelque temps.

Le 27 octobre 1844, André C..... revint, se plaignant d'avoir depuis trois jours brusquement et presque entièrement perdu la vue de l'œil gauche. Il n'existait pas d'autre symptôme morbide ; toutefois, nous devions supposer qu'il y avait eu une recrudescence de phlegmasie dans les membranes internes, surtout dans la couche séreuse de la rétine (membrane de Jacob).

La pupille était peu large, le fond de l'œil légèrement troublé, mais sans présenter de véritable opacité, ni de fluctuation, comme dans l'hydropisie sous-choroïdienne.

Dans la supposition d'une phlegmasie sourde des membranes internes, et surtout de la membrane de Jacob, avec épanchement préparé de longue main, nous prescrivîmes un purgatif, une application de quelques sangsues à l'anus, des frictions d'onguent napolitain, de petites doses de calomel, etc., et plus tard des vésicatoires volants à la nuque et derrière les oreilles; mais ce fut en vain, la cécité persistait.

Le 24 novembre, l'opacité du fond de l'œil était devenue plus apparente, et à travers la pupille assez étroite on voyait, dans la profondeur et au milieu de la chambre postérieure, un corps opaque, aplati et placé presque de champ: il était semblable à un cristallin à demi résorbé et entouré de sa capsule ridée et gris-jaunâtre. Ce corps paraissait avoir de temps à autre un léger mouvement d'oscillation. A l'hydrophthalmie des chambres de l'œil était sans doute venue se joindre une hydropisie sous-choroïdienne, c'est-à-dire un épanchement entre la choroïde et la rétine, qui, en soulevant cette dernière en un pli opaque et agité par un mouvement peu sensible, produisait l'apparence d'une cataracte déplacée et commençant à se résorber et à devenir branlante.

Le lendemain, l'instillation d'une solution d'extrait de belladone avait un peu dilaté la pupille, sans toutefois avoir rendu les phénomènes plus manifestes. La vision était entièrement abolie, sauf une faible perception de la lumière.

Je me proposais alors d'avoir recours à la ponction du globe par la sclérotique et à l'évacuation du liquide. Je n'avais pas osé pratiquer cette opération tant que la vision était encore assez bonne, de crainte de voir attribuer l'augmentation présumable de la maladie aux efforts de l'art. Lorsqu'en 1841 je fis entrevoir aux parents la nécessité d'en arriver là, ils avaient repoussé l'idée d'une opération. Cette fois ils y parurent assez disposés; mais ils avaient, disaient-ils, besoin, avant tout, d'un certificat constatant l'état désespéré de la vue de leur fils, afin de le placer dans un hospice. Depuis que je leur ai délivré cette attestation, je n'ai plus revu le malade.

Le phénomène singulier que nous venons de décrire ne s'est offert à notre observation que cette seule fois. Nous ne nous rappelons pas non plus avoir rencontré rien d'analogue dans aucun ouvrage. La seule observation qui présente quelque chose de semblable est celle de M. Parfait-Landrau (*Revue médicale*, 1828, tome IV, p. 203), que nous reproduisons ici en entier.

Cas de pathologie oculaire, relatif à des corpuscules voltigeant dans la chambre postérieure de l'œil, et donnant lieu à des images fantastiques; par M. Parfait-Landrau, médecin-oculiste, à Périgueux.

Obs. — Le 17 août, M. Galy, chirurgien de l'hospice de Périgueux, me

présenta M. Audebert, ancien magistrat, âgé de 70 ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, et sujet à des douleurs ambiantes (ambulantes) de nature rhumatismale, se plaignant d'éprouver, depuis plusieurs années, un changement dans la vue de l'œil droit; ce qui lui donne de l'inquiétude pour l'avenir, quoique ce qu'il éprouve à cet œil n'a fait aucun progrès sensible depuis longtemps : il voit des corps voltigeants, des points noirs et autres images prenant différentes formes; enfin M. Audebert éprouve tout ce qu'a si bien décrit M. Demours dans son Mémoire sur les filaments, taches mobiles, globules et autres corps qui voltigent devant les yeux, mémoire lu à l'Académie des sciences.

Après avoir examiné attentivement les pupilles, qui sont un peu resserrées chez le sujet de cette observation, je crus apercevoir, en plongeant ma vue dans la chambre postérieure de l'œil droit, de petits corps voltigeant dans le fond de cette chambre, et qui me parurent briller d'un éclat phosphorique. Malgré la grande attention que je portais dans cet examen, vu le nouveau phénomène qui s'offrait à mon observation et qui me paraissait devoir être des plus intéressants pour la science, je me méfiais de mon premier jugement; et de crainte que ce qui paraissait dans cet œil ne fût que la réflexion de corps extérieurs qui auraient pu venir se peindre dedans (ce qui néanmoins n'existait point dans l'autre œil), je proposai à ces messieurs de provoquer la dilatation de la pupille, ce qui fut opéré de suite à l'aide de l'extrait de belladone. Un quart d'heure après l'emploi de cette substance, la pupille était très-bien dilatée : alors M. Galy et moi nous vîmes très-distinctement de petits corps figurant de la poudre de réglisse un peu fine, et dans le nombre, qui en était considérable, il s'en trouvait qui avaient le brillant de fine limaille d'or. Ces corpuscules voltigeaient dans toute l'étendue de la chambre postérieure, et aussitôt que l'œil était en repos, ils se précipitaient au fond de cette chambre pour, au plus petit mouvement, s'élever de nouveau et se précipiter ensuite. Tout se passait à une distance qui ne pouvait donner aucun doute que ces corps voltigeaient dans l'humeur vitrée; ils étaient en si grand nombre qu'on les voyait très-bien à l'œil nu : néanmoins nous les examinâmes avec un verre lenticulaire.

Cette nouvelle découverte d'une cause produisant ce que les anciens nommaient *imagination perpétuelle*, ce qui jusqu'à présent est attribué aux membranes internes du globe, à des vaisseaux variqueux répandus dans les humeurs ou dans ces mêmes membranes, nous surprit d'autant plus, qu'un pareil phénomène n'est décrit dans aucun des ouvrages qui traitent de cette matière. M. Demours croit qu'une des causes de ces points voltigeants est due à l'humeur de Morgagni, dans laquelle il suppose de petites portions qui, sans perdre de leur transparence, acquièrent une densité, une pesanteur et une réfringence plus considérables.

D'autres praticiens aussi recommandables ont pensé qu'ils étaient produits par l'humeur aqueuse : je suis bien persuadé qu'ils ne peuvent, dans tous les cas, être le résultat du phénomène qui fait le sujet de cette observation; aussi ne chercherai-je en aucune manière à réfuter les diverses opinions émises à cet égard. Seulement je ferai observer, comme l'a très-bien dit M. Demours dans son intéressant mémoire, que ces corps voltigeants s'élèvent à la suite du mouvement du globe, pour se précipiter ensuite vers la partie la plus déclive, n'importe quelle soit sa position; ce qui s'ex-

plique très-bien dans le sujet de cette observation, mieux que lorsqu'on leur assigne pour cause des vaisseaux variqueux développés dans les humeurs ou membranes internes de l'œil. La même difficulté se présente si on suppose pour cause la paralysie partielle de la rétine.

Pour que ces corpuscules puissent voltiger dans le corps vitré, il faut admettre la destruction de la membrane hyaloïde qui en forme les cellules et, par la même raison que ces cellules n'existent plus, la perte de la densité que l'on rencontre le plus ordinairement dans cette humeur; cet état pathologique peut exister sans empêcher les autres parties de l'œil de remplir leurs fonctions. Il n'est aucun oculiste, opérant ordinairement la cataracte par extraction, qui n'ait rencontré dans sa pratique des sujets chez lesquels le corps vitré était presque aussi fluide que l'humeur aqueuse, sans que cette circonstance ait mis obstacle à la réussite de ses opérations; par la même raison que le cristallin, sans cause connue, peut se dissoudre entièrement dans sa poche membraneuse sans qu'il y ait altération dans les autres parties de l'œil.

La preuve que chez M. Audebert ces corpuscules qui paraissent voltiger dans l'humeur vitrée ne sont point contenus dans ses cellules, et qu'ils n'ont point pour cause de leur mouvement l'ondulation de cette humeur (si l'on veut la lui supposer), c'est que, lorsque l'œil fait un mouvement, on les voit très-distinctement partir de sa partie inférieure, se répandre dans toute la chambre postérieure, et aussitôt, si l'œil reste immobile, on les aperçoit descendre à la place qu'elles occupaient; alors l'œil paraît net, et M. Audebert n'aperçoit plus des corps voltiger.

Voilà un phénomène rare, mais qui, je crois, se serait présenté assez souvent, si pour le reconnaître on eût provoqué la dilatation de la pupille comme je l'ai fait pour l'examiner.

Mais cette maladie offrant en général peu de crainte sur la conservation de la vue, d'après l'opinion des grands maîtres, les causes qui lui sont assignées ont probablement fait négliger de faire des recherches plus étendues. Il est à désirer que le sujet de cette observation provoque leur méditation et les amène à nous en expliquer les causes.

Je ferai observer que M. Audebert lit de cet œil, qu'il n'y éprouve aucune douleur, que la pupille est mobile autant qu'à l'autre œil, et que toutes les parties de cet organe, à part le corps vitré, ne présentent aucun état pathologique.

Quatre jours après ce premier examen, l'œil fut soumis à un second, en présence de MM. les docteurs Vidal, membre du jury médical du département, médecin en chef de l'hospice, Galy, chirurgien du même établissement, et Renaud, chirurgien; ces messieurs ont reconnu le phénomène qui fait le sujet des détails donnés dans cette observation, et se font un devoir, dans l'intérêt de la science, d'en constater l'exactitude.

La réunion de ces trois cas, quand on les examine dans l'ordre chronologique de leur publication, offre une sorte de gradation, une véritable progression du simple au composé. Le premier présente l'état pathologique le moins compliqué et le moins avancé : point de synchysis; du moins aucun de ses signes rationnels n'a-t-il été noté par M. Parfait-Landrau : pas de tremblotement de l'iris;

pas de diminution dans la consistance du globe oculaire ; pas d'altération anatomique ni de lésion fonctionnelle appréciables ; enfin, tout se réduisait à une simple myodopsie réelle, c'est-à-dire à l'apparition de corpuscules et de points voltigeant dans le champ de la vision, affection qu'il faut bien distinguer des scotômes ou points fixes par rapport à l'axe visuel, qui semblent placés sur l'objet même que le malade regarde et l'empêchent d'en voir une partie. Les pupilles d'ailleurs étaient resserrées et la vision excellente.

Pour que des corpuscules matériels pussent voltiger dans le fond de l'œil, il fallait qu'il y eût destruction des cellules du corps vitré et de la membrane hyaloïdienne ; mais il faut bien se garder de croire que ces conditions soient les seules nécessaires pour produire les symptômes du synchysis. Pour que cette maladie se manifeste, il faut encore, sur un œil non privé de son cristallin, que la quantité de l'humeur vitrée ait diminué ; sans cela on n'observe ni flottement de l'iris ni flaccidité de l'œil. Chez le malade de M. Parfait-Landrau, le corps vitré devait être liquéfié ; sans quoi les corpuscules n'auraient pu s'élever et se plonger alternativement au fond du globe : mais sa quantité était normale, peut-être même augmentée, et le cristallin dans toute son intégrité ; circonstances qui en donnant à l'iris son appui naturel, l'empêchaient de flotter. Ici donc les corpuscules à reflet métallique, formés aux dépens des lambeaux de l'hyaloïde, constituaient la seule altération que l'œil eût éprouvée. N'en a-t-il point subi d'autres plus tard ? C'est ce qu'il serait intéressant de savoir.

Le second cas se place immédiatement au-dessus du premier dans l'échelle progressive. Ici le cristallin avait été détruit par une opération pratiquée à l'aiguille, instrument qui, en labourant le corps vitré, déchire toujours plus ou moins l'hyaloïde et peut y développer une phlegmasie lente. La phlogose, chez madame Manfrina, se manifesta par l'opacification de la capsule qu'on enleva par l'extraction scléroticale, telle que je l'ai imaginée et décrite (*Gaz. des Hôp.*, 1840 ; *Ann. d'Oc.*, 1er vol. supp., p. 176). Des parcelles de l'hyaloïde morcelée, froissée et enflammée, avaient donc pu se détacher et flotter librement dans l'espace compris entre la pupille, l'iris et les membranes internes. Rien ne prouve que ce soit là un cas de synchysis véritable. Dans toute opération de cataracte couronnée de succès et où il n'y a pas d'épaississement et d'adhérence des débris capsulaires, ni de fausse membrane dans la chambre postérieure, mais surtout dans celles par abaissement ou broiement, dans lesquelles l'ai-

pille détruit au moins une portion des cellules hyaloïdiennes, l'iris, privé de l'appui que lui prête le cristallin, présente ce mouvement ondulatoire qu'on a appelé *iridodonesis*, et qui n'est pas un signe pathognomonique exclusif de la maladie appelée synchysis ou ramollissement du corps vitré. Je ne serais pas étonné si plus tard quelqu'autre état pathologique de l'intérieur de l'œil se développait chez cette malade.

Ce second cas sert donc de transition entre le premier et le troisième, qui est celui que je viens de rapporter. Ici la désorganisation du corps vitré, très-avancée, avait été préparée de longue main par une hydropisie complète développée dans les deux chambres, et avait été augmentée encore par l'opération de cataracte. Aussi, le mouvement des parcelles de l'hyaloïde, visible seulement après la perforation de la membrane opaque tendue dans la pupille, avait-il acquis son plus haut degré et sa plus grande étendue ; les corpuscules non-seulement flottaient, mais encore passaient d'une cavité oculaire dans l'autre. Précipités au fond de la chambre antérieure, ils y restaient immobiles, ce qui permit de les mieux étudier et d'en bien apprécier, sinon la nature intime et la composition, du moins l'aspect et la configuration. Ils finirent par adhérer à la face antérieure de la partie inférieure de l'iris, où ils sont encore visibles aujourd'hui, tandis que le liquide séreux et limpide qui les avait tenus en suspension et sans doute en mouvement dans la chambre postérieure, après avoir pendant longtemps présenté le phénomène encore inexpliqué du tourbillonnement, s'est tari par la résorption.

Il y a de quoi s'étonner que M. Desmarres, qui, en 1841 et 1842, étant mon chef de clinique, a vu plusieurs fois avec moi le jeune C..., ait perdu tout souvenir d'un fait aussi difficile à oublier et qui donnait un intérêt tout particulier à celui qu'il a publié lui-même.

Il me semble impossible d'expliquer autrement le phénomène des paillettes mobiles, que par l'abaissement et la désorganisation de petits lambeaux de la membrane hyaloïde consécutivement à son inflammation, ou par un dépôt particulier dans l'humeur vitrée. J'ai vu plusieurs fois dans certaines cataractes capsulaires de semblables paillettes jaune-doré et luisantes, incrustées dans la cristalloïde antérieure. Il est possible qu'outre la fibro-albumine il se dépose, comme le soupçonne M. Malgaigne, de la cholestérine dans ces petites portions capsulaires et hyaloïdiennes. Je pense que le phénomène dépend véritablement de la présence dans la chambre postérieure de

paillettes d'un éclat métallique et d'un jaune doré, et non pas de quelque phénomène de réfraction ou d'une autre illusion d'optique. Cela est prouvé par le troisième cas, où ces paillettes, qu'à la vérité la membrane opaque tendue dans la pupille m'a empêché de voir flotter au fond de l'œil, sont venues tomber en nombre très-considérable dans la chambre antérieure après la perforation de cette membrane. Là elles se sont séparées du liquide aqueux qui les tenait en suspension. Restées en contact pendant des années avec l'iris, elles y sont devenues adhérentes et pour ainsi dire incrustées, par une nouvelle sub-inflammation exsudative de la séreuse ou de l'épithélium qui tapisse la face antérieure de ce diaphragme mobile. A la dernière visite du jeune malade, on les y voyait encore, les unes isolées, les autres réunies par petits groupes et se touchant par leurs bords, mais toutes parfaitement semblables à de petites paillettes métalliques, telles qu'on les voit quelquefois à la surface de la cristalloïde antérieure. Le tourbillonnement du liquide entre les deux cavités de l'œil indique suffisamment le mouvement que ces corpuscules devaient avoir dans la chambre postérieure, et qu'en effet ils ont présenté dans les deux autres cas. Comme le fait observé par moi m'est devenu plus intelligible et plus clair dans son interprétation, et dans sa pathogénie depuis que je connais les deux autres cas analogues, de même ceux-ci, ce me semble, en retirent quelque lumière. Il est excessivement curieux qu'un grand nombre de ces corps étrangers puissent se former aux dépens de l'hyaloïde (chose que, sans une phlegmasie au moins chronique et partielle de celle-ci, nous ne pouvons concevoir dans l'état actuel de nos connaissances pathologiques), et que néanmoins les autres organes du fond de l'œil puissent n'en subir aucune atteinte. Cela me paraît prouver le peu de vitalité du corps vitré et l'importance minime qu'on doit accorder à son inflammation et à celle de l'hyaloïde (*hyaloïdite*). Cette phlegmasie est fort rare, toujours partielle, et incapable de produire l'opacité du corps vitré (voir mon *Mémoire sur le Glaucôme*, § 19, VIII, *Annales d'Oculistique*, tome VI, page 128, en bas). Elle a été à tort regardée comme la cause productrice du glaucôme, maladie dont le véritable siége est dans la choroïde et la rétine.

L'anatomie pathologique n'a encore découvert rien d'absolument semblable aux paillettes métalliques qui viennent d'être décrites; mais parmi les altérations connues du corps vitré, il y en a quelques-unes d'assez analogues pour que je puisse, sans présomption, regarder mon explication comme s'approchant au moins de très-près de

la vérité. C'est ainsi que j'ai rencontré dans mes dissections des points opaques dans l'hyaloïde (voyez *Mémoire* et page cités); d'autres fois le corps vitré ramolli contenait de petits points opaques jaunâtres et mobiles. Ces points ou corpuscules isolés étaient surtout très-nombreux dans un cas d'hydropisie sous-choroïdienne, où il y en avait également dans le liquide épanché entre la rétine et la choroïde, et où ceux contenus dans le corps vitré très-ramolli étaient nombreux, flottants, et d'un jaune clair. Dans ce dernier cas, je n'ai examiné l'œil qu'après son extraction de l'orbite du cadavre. Je ne doute nullement que, sur le vivant, avant que le cristallin fût opaque et que la désorganisation du corps vitré eût atteint un si haut degré, cet organe n'ait présenté un aspect semblable à celui observé dans les trois cas rapportés. Des recherches cliniques et anatomiques ultérieures peuvent seules prouver définitivement ce qu'il y a de vrai, ce qu'il y a d'incomplet ou d'erroné dans les considérations que j'ai hasardées sur la formation dans le corps vitré de paillettes d'un éclat métallique, et sur le singulier phénomène de leur mouvement en divers sens.

Quant à la question de savoir si ces corpuscules peuvent donner lieu au symptôme des mouches volantes ou filaments voltigeants (*myodopsie*), symptôme qui a existé dans le premier et le second cas, je me réserve de l'agiter dans une autre occasion. En attendant, je puis assurer que jamais, malgré la grande fréquence des filaments voltigeants, les yeux des personnes qui s'en plaignaient ne m'ont présenté rien de semblable à ces paillettes brillantes et mobiles, bien que très-fréquemment, pour ce genre de recherches, j'eusse provoqué artificiellement la dilatation de la pupille.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Bulletin général de Thérapeutique.

(Suite. *Voir notre n° de mars*, pp. 125-135.)

Note sur l'emploi de l'huile de cade ou de genévrier et des bains de sublimé dans le traitement de l'ophthalmie scrofuleuse; par le docteur Serre, d'Alais.— L'huile de cade est un médicament populaire dans le midi de la France, et principalement aux environs d'Alais.

Les paysans, pour préparer cette huile, prennent les troncs, les grosses branches et les racines des vieux genévriers, car les jeunes ne fournissent point d'huile, et après en avoir détaché avec soin l'aubier, pour ne conserver que les parties rougeâtres du centre, ils coupent ce bois en morceaux de 20 à 30 centimètres de long et le mettent dans leur vase distillatoire. C'est tout simplement une marmite de fonte percée sur un des côtés. Quand ce vase est convenablement rempli, on le couvre avec une pierre plate que l'on lute avec de l'argile, et l'on allume du feu autour. Au bout de quelques heures, l'huile commence à descendre; elle coule dans une rigole qui la conduit dans une bouteille où elle est conservée. — L'huile de cade, ainsi préparée, est un liquide épais, brunâtre. Son odeur est forte, résineuse, analogue à celle du goudron; sa saveur est âcre, caustique. Mise sur la peau saine, elle ne provoque ni douleur ni démangeaison; appliquée sur les muqueuses *non enflammées* de l'œil, du nez, des lèvres, de l'anus, l'irritation est presque nulle; sur la peau et les muqueuses *enflammées*, son application est parfois accompagnée d'une cuisson légère, mais de très-courte durée; sur les parties ulcérées, cette cuisson est un peu plus forte, mais elle ne dure pas davantage.

Notre collaborateur d'Alais, témoin des bons effets de l'usage populaire de cette huile, l'a soumise à l'expérimentation clinique et en a régularisé l'administration. — Ses premiers essais ont porté sur la gale : trois ou quatre frictions suffisent ordinairement lorsque la maladie est récente; si elle est invétérée, et qu'il s'y joigne un état eczémateux, le traitement est plus long, mais toujours efficace. — Des maladies dartreuses, quoique différant par les formes eczémateuse, papuleuse, lichénoïde, herpétique, et qui avaient résisté aux traitements ordinaires, ont été guéries par quelques onctions avec l'huile de cade.

C'est surtout dans les ophthalmies scrofuleuses que M. Serre recommande ce moyen. Chez les adultes, il a appliqué l'huile pure sur la paupière inférieure; une application tous les deux jours a été suffisante.

« On sait, dit l'auteur, combien les ophthalmies scrofuleuses sont fréquentes chez les enfants. Très-souvent cette maladie s'accompagne d'une affection dartreuse sur le front, sur les joues; quelquefois aussi cette complication n'a pas lieu. Chez les jeunes sujets comme chez l'adulte, ma règle est d'employer d'abord tous les moyens rationnels que la médecine met à ma disposition : modificateurs de la constitution, adoucissants, calmants, antiphlogistiques, nitrate d'argent; ce n'est qu'*en dernière ressource* que j'in-

voque mes derniers moyens : l'*huile de cade* et les *bains de sublimé*. Chez les enfants, je n'ai jamais eu besoin de porter le remède sur l'œil ou les paupières pour guérir les ophthalmies les plus opiniâtres ; de simples onctions sur le front, les tempes, les pommettes, et extérieurement sur les paupières, ont le plus souvent agi sur l'œil d'une manière assez remarquable pour amener la guérison. Dans quelques cas, j'ai activé les résultats par l'introduction d'une goutte d'huile de cade entre les paupières. »

Lorsque la guérison, ou une amélioration tellement notable qu'on puisse l'espérer prochaine, n'est pas obtenue après cinq ou six jours, on ne doit plus, dit M. Serre, compter sur l'huile de cade : il faut alors l'abandonner et passer à un moyen thérapeutique à l'aide duquel on aura, dans ces circonstances, dix chances contre une pour obtenir la guérison : ce moyen, c'est le *bain de sublimé*. Ce bain a toujours réussi à l'auteur dans les vieilles ophthalmies scrofuleuses qui avaient résisté aux traitements le mieux entendus et contre lesquelles l'huile de cade avait échoué; par contre, l'huile a toujours triomphé du mal, après qu'il avait eu recours d'abord sans succès au bain de sublimé.

Les bains de sublimé sont préparés pour les adultes avec 4 gram. ou 72 grains, et 2 grammes ou 36 grains pour les enfants; cette dose de sublimé est jetée dans l'eau nécessaire à un bain. M. Serre y fait séjourner ses malades pendant deux heures, et leur recommande de se laver presque constamment la figure avec l'eau du bain.

L'huile de cade, que vient d'employer avec tant de succès M. Serre, a été vântée comme antiscrofuleuse par Alibert, qui l'administrait à l'intérieur (1) ; Cartheuser, qui s'est surtout occupé de la préparation de cette huile, Garidel et Pison, la recommandent à la fois comme antiscorbutique et antiscrofuleuse ; Lieutaud la donne pour un excellent *vulnéraire* et *détersif*; un médecin hollandais, Van Wij, parle de plusieurs guérisons d'ophthalmie chronique *sèche* obtenues par les instillations avec l'huile de genévrier et l'huile de noyer; il cite un cas de *psorophthalmie* qui céda promptement aux onctions avec la première de ces huiles. Rosenstein, qui l'a beaucoup employée contre la gale, rapporte un cas d'eczéma palpébral heureuse-

(1) Quelques gouttes sur du sucre. L'extrait de genévrier, encore très-usité en Allemagne (*Theriaca Germanorum*), était fréquemment administré à St-Louis aux malades atteints d'affections scrofuleuses : Alibert (*Nouv. Élém. de Thér. et de Mat. méd.*, t. 1, p. 164) employait des pilules composées avec huit grammes (2 gros) de cet extrait et une égale quantité des extraits de gentiane et de petite centaurée, ainsi que de savon médicinal.

ment guéri par ce moyen, qu'il dit, d'après Schaffer, être d'un usage populaire en Laponie.

Nous avons nous-même pu noter, pendant notre séjour dans le midi de la France, les bons effets de l'huile de genévrier (désignée sous le nom provençal de *Oli decadé*) dans les ulcérations de la cornée, ainsi que dans les ophthalmies pustuleuses ; nous lui avons reconnu une grande efficacité dans les ulcérations interciliaires, toujours si difficiles à guérir : la petite fille d'un professeur de la Faculté, affectée depuis longtemps de semblables ulcérations rebelles aux traitements prescrits tant par M. Lallemand que par Dugès et par moi, fut enfin, sur mon conseil, envoyée à la campagne. Nous ne fûmes pas peu étonnés, le père et moi, de la voir guérie après quinze jours. La bonne nous dit qu'on lui devait les honneurs de la cure, qu'elle avait employé l'*oli de cadé* et qu'après quatre jours tout avait été fini.

Pour ce qui est des bains de sublimé, nous y avons eu recours à l'hôpital St-Jean, dans quelques cas d'ophthalmie scrofuleuse de longue date et rebelles à tous les traitements employés, et nous leur avons trouvé une vertu que nous avions du reste constatée déjà à Montpellier, où ils sont mis en usage par plusieurs praticiens qui prescrivent le sublimé à la dose de 2 gros à 1 once, et même 1 1/2 once par bain, progressivement, chez l'adulte : nous n'avons jamais dépassé la dose de 40 grains chez les enfants et de 3 gros chez l'adulte.

Des causes qui produisent la suppuration du lambeau de la cornée et secondairement la fonte purulente du globe oculaire, après l'extraction de la cataracte; par M. Sichel (1). — Ces causes sont nombreuses, mais peuvent être groupées autour de deux accidents principaux : *l'ophthalmie traumatique* et *l'écartement des lèvres de la plaie.*

1) *Ophthalmie primitive sans écartement du lambeau ni procidence de l'iris.* — L'extraction serait, d'après M. Sichel, moins fréquemment suivie d'ophthalmie que les opérations à l'aiguille ; elle ne surviendrait guère qu'après des causes positives et bien connues.

(1) Voir l'analyse de la première partie du mémoire, dans notre livraison de mars, p. 128.

On conçoit qu'elle débute toujours à l'extérieur, soit entre les lèvres de la plaie, soit dans la conjonctive ; ce n'est que secondairement qu'elle s'étend aux membranes internes, et il arrive souvent que celles-ci ne sont pas encore enflammées et que déjà les chambres de l'œil sont remplies de pus. — Selon l'auteur, l'iritis primitive s'observe rarement après l'extraction, tandis qu'elle se montre fréquemment après l'abaissement ou le broiement, surtout chez les personnes avancées en âge, à la suite de la seule irritation produite sur les membranes internes par le tiraillement de l'instrument et la pression soit d'un cristallin dur et volumineux, soit des fragments de ce corps gonflés et réunis en masse et pressant sur les tissus voisins. Aussi, après les opérations à l'aiguille, « l'inflammation débute-t-elle presque sans « exception à l'intérieur du globe, et faut-il combattre plus énergi- « quement les *apparentes ophthalmies externes*, comme étant tou- « jours les précurseurs ou les premiers signes d'une phlegmasie « oculaire interne. » — M. Sichel range sous les chefs suivants les circonstances qui amènent la phlogose après l'extraction.

a) Circonstances qui existent avant et pendant l'opération : 1° Une constitution robuste, sanguine et pléthorique peut y donner lieu sans cause locale aucune. Souvent il y a une disposition particulière de l'organe à l'inflammation, se trahissant soit par une sensibilité anormale à la lumière et par la facilité avec laquelle la conjonctive s'injecte, soit par un reste de phlegmasie chronique des membranes externes : dans ce dernier cas, il existe fréquemment des granulations conjonctivales. Certains *reliquats* d'anciennes ophthalmies externes (cicatrices peu étendues et peu profondes), marquant la tendance de la cornée à s'infiltrer et à suppurer, engagent le chirurgien à se mettre sur ses gardes. — Les individus qui présentent cette constitution ont besoin d'un régime et d'un traitement antiphlogistiques préparatoires plus ou moins sévères, surtout lorsqu'à la simple disposition hypérémique se joint une congestion cérébro-oculaire habituelle ou l'un des autres états anormaux ci-dessus indiqués. La conjonctivite chronique, quelque légère qu'elle soit, sera combattue pendant quelques semaines par des moyens appropriés : M. Sichel exclut le nitrate d'argent comme *trop irritant*, à moins qu'il n'existe des granulations qu'il combat en même temps par l'attouchement avec le sulfate de cuivre. Existe-t-il une cicatrice, même limitée de la cornée, alors il faut rechercher minutieusement les antécédents et peser avec soin les symptômes actuels : « mieux vaudrait en pareil cas avoir employé inutilement quelques moyens antiphlo-

« gistiques préparatoires, ou même échanger l'extraction contre un « autre procédé opératoire moins vulnérant, et surtout moins ca- « pable de produire la suppuration et l'opacité de la cornée. »

2° L'extraction est souvent difficile, même pour les opérateurs exercés, en raison de la conformation du globe et de ses annexes; ces circonstances, trop généralement considérées comme des *contre-indications absolues* de la méthode, sont : la petitesse et la position profonde du globe; une cornée peu convexe ; un iris bombé et une chambre antérieure étroite ; les paupières épaisses et peu fendues ; des yeux très-mobiles obéissant très-difficilement à la volonté du malade, et fuyant en haut à l'approche du couteau ; la contraction des muscles oculaires, souvent énorme, qu'exercent certains individus pendant que le kératotôme traverse la chambre antérieure, etc.— Ces difficultés, « un chirurgien habile parvient très- « souvent à les vaincre, et l'on fait bien de ne pas céder trop facile- « ment à la crainte que peuvent inspirer ces circonstances, toutes « les fois que la cataracte est peu consistante et l'individu plus ou « moins âgé. » Selon l'auteur, l'extraction difficile est rarement suivie, dans ce cas, d'effets aussi désastreux qu'un abaissement ou un broiement beaucoup plus facile à exécuter. — M. Sichel administre alors immédiatement après l'opération une dose un peu élevée d'une préparation opiacée, 5 à 10 centigrammes (1 à 2 grains) d'extrait gommeux d'opium ou 10 à 12 gouttes de laudanum de Rousseau, qu'il renouvelle au besoin quatre ou cinq heures plus tard ; il fait pratiquer une petite saignée en même temps ou le lendemain , et si, malgré ces précautions, l'ophthalmie traumatique se manifeste, il en combat avec énergie les premiers symptômes. Il en est de même de quelques autres particularités qui, en prolongeant l'opération ou en compliquant et multipliant les manœuvres, augmentent considérablement les chances d'inflammation; tels sont : l'introduction trop répétée de la curette et du kystitôme, les dimensions trop considérables et les formes trop grossières de ces instruments, le froissement et la contusion qu'ils font éprouver aux lèvres de la plaie, etc.

Pour obvier à la trop grande mobilité des yeux et à ses suites, quelques chirurgiens, et nous sommes de ce nombre, ont recommandé de fixer l'œil comme dans l'opération du strabisme. L'expérience nous a prouvé toute la défectuosité, tranchons le mot, tout le danger de cette manière d'agir. Nous le reconnaissons avec M. Sichel : « Si, d'un côté, la difficulté diminue par l'emploi de ces moyens, la pression exercée sur le globe ne fait qu'augmenter, et

avec elle le danger de la procidence de l'iris et du corps vitré, et celui de l'écartement des lèvres de la plaie, accident toujours fatal. »
La crainte de l'auteur au sujet de l'injection de la conjonctive et de l'irritation de tout le globe par l'action de la pince, nous paraît exagérée. Nous avons aujourd'hui recours, pour fixer les yeux trop mobiles, à la pique de Pamard, et nous croyons devoir en recommander l'emploi. M. Sichel pense qu'un fréquent exercice peut apprendre à vaincre toutes les difficultés et à se passer de moyens de fixation. Nous avouerons franchement avoir rencontré de nombreux cas de cataracte congénitale avec nystagme, dans lesquels nous n'avons pas cru pouvoir nous dispenser de recourir à ces moyens. Il n'y a pas ici à laisser au malade le temps de se calmer, ni à l'habituer au contact des instruments par des attouchements répétés et légers avec l'extrémité du manche ou un stylet mousse : tout cela serait inutile pour faire cesser ou seulement diminuer un balancement habituel congénital, parfois tellement rapide qu'il ne permet de constater l'existence de la cataracte, ou du moins d'en apprécier la nature, que pour autant que l'on ait d'abord immobilisé le globe oculaire. L'immobilité ne serait certes pas ici obtenue par la conduite que recommande l'auteur, qui se sert de la pulpe de l'index de la main libre doucement appliqué près du grand angle. Ce moyen de fixation, nous devons le reconnaître, est suffisant dans le plus grand nombre des cas, pourvu que l'on ne fasse pas succéder trop rapidement les uns aux autres les différents temps opératoires. M. Sichel insiste avec soin pour que l'on s'abstienne de toute espèce de brusquerie, et que l'on adresse fréquemment la parole au malade, surtout lorsqu'il est indocile et en proie à une agitation nerveuse, afin de le rappeler à lui-même et de le calmer. Il faut enjoindre à l'aide qui fixe la paupière supérieure d'éviter toute pression sur l'œil et de faire tout au plus sentir légèrement à cet organe, à sa partie supérieure, la pulpe de l'index, afin de l'empêcher de se diriger en haut.

b) Circonstances qui existent après l'opération : — 1° Toute imprudence de la part de l'opéré, soit sous le rapport du régime, soit sous le rapport des essais intempestifs de vision, deviendra une cause d'ophthalmie d'autant plus compromettante qu'il existe l'une ou l'autre des circonstances prédisposantes signalées. Une surveillance active et incessante est nécessaire; c'est là ce qui fait que l'extraction n'est applicable que pour autant que le malade soit entouré de soins intelligents, et que l'opérateur soit à même de le voir chaque jour, et même plusieurs fois par jour.

2° Des mouvements brusques de la tête ou du corps, des efforts pour se soulever, etc., produisent rarement la phlegmasie sans avoir préalablement déterminé l'écartement des lèvres de la plaie. Une pression, une contusion légère du globe, sont au contraire une cause d'ophthalmie traumatique très-dangereuse.

3° Certains auteurs croient qu'une *disposition rhumatismale* est une complication imaginaire et sans conséquence. M. Sichel rapporte une observation qui fournit la preuve de la valeur de cette complication, malheureusement si commune en Belgique et en Hollande. Il faut, dans les cas où on la prévoit, être sobre d'applications froides, surtout en hiver et en automne, et en général pendant le règne des affections rhumatismales ; nous les remplaçons alors par des fomentations avec une décoction de guimauve fortement laudanisée, et nous avons recours dès l'abord aux anti-rhumatismaux et aux antiphlogistiques.

Dans la dernière partie du mémoire, M. Sichel traite de l'écartement du lambeau comme cause principale de la suppuration de la cornée après l'extraction de la cataracte ; nous nous en occuperons prochainement.

Amaurose, avec cécité complète, produite par la brusque suppression de poux à la tête ; rétablissement de la vue par des frictions stibiées sur le cuir chevelu et la reconstitution de la phthiriase ; par le docteur Charles Deval, de Paris. — Cette observation offre un grand intérêt. Nous allons la relater sommairement.

Une jeune fille de neuf ans, Marie N...., fut conduite chez M. le docteur Deval le 17 octobre 1845. Elle portait depuis une quinzaine de jours, aux deux globes, une affection qui commençait à inspirer des inquiétudes sérieuses à sa famille ; de la rougeur, du larmoiement, de la photophobie, et surtout une détérioration considérable de la vue, en avaient été les premiers symptômes. Un collyre d'azotate d'argent (20 centigr., 4 grains, de ce sel pour 30 gram., ℥j, d'eau distillée), prescrit, le 3 octobre, dans une consultation d'hôpital, causait de telles douleurs et enflammait tellement les yeux, qu'on avait été contraint de renoncer à son emploi. Le 17 du même mois, l'intolérance de ces organes pour la lumière ne permit pas à l'auteur de les soumettre à une exploration suffisante ; des corps de grandes dimensions, présentés à un demi-jour, ne furent point aper-

çus. D'après le rapport de la mère du sujet, ces essais demeuraient infructueux ; elle s'était convaincue maintes fois chez elle que sa fille ne voyait rien. M. le docteur Deval crut « à une de ces ophthalmies avec exaltation de la sensibilité rétinienne, altérations si communes dans le jeune âge, et que la plupart des auteurs appellent ophthalmie scrofuleuse, quelques-uns ophthalmie rhumatismo-scrofuleuse ou lymphatique, conjonctivo-sclérotique, etc., expressions sur la valeur desquelles il croit inutile de discuter. » L'auteur recommanda l'application immédiate de cinq sangsues derrière chaque oreille ; 50 grammes, ℥jß, de manne, à prendre le lendemain matin, fondue dans du lait ; l'établissement, le lendemain également, mais dans la soirée, d'un vésicatoire à la nuque ; quatre frictions par jour avec l'onguent napolitain belladoné ; des pédiluves à l'eau de cendres, et quelques précautions hygiéniques. Bien que ces prescriptions fussent régulièrement exécutées, l'état de l'enfant ne fit aucun progrès, soit en bien, soit en mal, jusqu'aux premiers jours de novembre. Les applications de cerfeuil, dont M. Deval a retiré de précieux effets, et que plusieurs médecins de Paris (les docteurs Marimont, Zurcher, etc.) ont employées avec avantage depuis la publication de son mémoire (*Annales d'Oculistique*, tom. XIII, p. 71), s'étaient, entre autres moyens, montrées stériles. Les fomentations opiacées, conseillées autrefois par Ware (voir *Trnka, Hist. ophth.*, pag. 474), et depuis par Delondre et Demours, furent plus efficaces : ordonnées le 3 novembre, elles triomphèrent de la photophobie au point de permettre aux yeux de supporter une lumière assez intense. Le 6, on put, pour la première fois, les explorer convenablement : la conjonctive scléro-palpébrale est le siége d'une rougeur modérée ; les pupilles sont contractées et immobiles ; bien qu'aucun obstacle apparent sérieux ne s'oppose à l'entrée des rayons lumineux dans les deux bulbes, la cécité reste complète : l'enfant dit qu'elle ne voit que du rouge ; l'existence d'une amaurose n'est pas douteuse.

Les émissions sanguines, les mercuriaux, la belladone, les révulsifs intestinaux et cutanés firent seuls à peu près, pendant quelques jours, les frais du traitement, dont le succès semblait plus problématique qu'il ne l'avait paru dans le principe. En interrogeant minutieusement la mère sur toutes les causes qui auraient pu amener la lésion à laquelle il avait affaire, M. Deval apprit d'elle, le 13 novembre, une circonstance qui fut pour lui un trait de lumière. Elle lui dit que la tête de la jeune Marie était tourmentée depuis longtemps par une masse immense de poux, dont on l'avait dé-

livrée brusquement vers la fin de septembre. Rapprochant ce terme de celui de l'origine de l'affection des yeux, il était facile de se convaincre qu'elle se rattachait à la suppression de la phthiriase. Les indications à remplir ne pouvaient être douteuses. M. Deval recommanda qu'on rasât, aussitôt que possible, le cuir chevelu à quatre places différentes, et à égale distance à peu près l'une de l'autre : deux sur la ligne qui va du front à l'occiput, en passant entre les pariétaux ; les deux autres vers les sutures temporo-pariétales. Puis il fit pratiquer sur les tonsures, de deux en deux heures, et jusqu'à éruption de pustules, des frictions avec une pommade composée de 4 gram., ʒj, de tartre stibié et de 18 gram., ʒivß, d'axonge. Pensant de plus en plus qu'il ne pouvait y avoir qu'avantage à rétablir dans son intégrité primitive le mode de stimulation qu'on avait secondairement arrêté, M. le docteur Deval conseilla à la mère de se procurer des poux et d'en mettre une bonne quantité sur la tête de sa fille. Il y avait précisément dans la maison qu'elle habitait un jeune garçon abondamment pourvu de ces parasites, circonstance qui vint merveilleusement se prêter à l'application de cette ressource thérapeutique assez bizarre.

L'enfant est ramenée le 18 novembre. Les prescriptions ont été scrupuleusement suivies, et la tête est le siége d'un prurit fatigant et douloureux qui force la malade à y porter souvent la main ; les tonsures, vivement phlogosées, sont garnies de feuilles de poirée enduites de beurre frais. Madame N..., ravie de joie, apprend à M. Deval que, le 18 de ce mois, Marie s'est réveillée en distinguant, bien que d'une manière confuse, les objets qui l'entouraient : cette faculté, ajouta-t-elle, a beaucoup gagné depuis cette époque, et elle s'accroît de jour en jour. Il était facile en effet de voir que la physionomie de l'enfant avait changé d'aspect : ce n'était plus le regard vague et sans but des consultations précédentes ; les yeux offraient des mouvements coordonnés avec l'acte de la vision. On montra quatre doigts, deux doigts, un chiffon, un carré de papier, une boîte : tout fut immédiatement indiqué ; priée de se rendre dans telle ou telle partie de la pièce où l'on se trouvait, et qu'on lui désignait, Marie y allait sans hésitation.

Il est inutile de transcrire minutieusement les détails ultérieurs de ce traitement jusqu'au 24 décembre, dernier jour où fut vue la malade. Les efforts tendirent à exciter plusieurs fois encore le cuir chevelu par de nouvelles applications émétisées ; plus tard, on sollicita d'autres suppurations plus éloignées de l'organe visuel, et on

donna des purgatifs. Dès le 2 décembre, Marie lisait les enseignes des boutiques dans les rues et pouvait enfiler une grosse aiguille. M. Deval a eu de ses nouvelles : la guérison est parfaite.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

ALI-BEN-ISA, *Monitorii ocularirum, sive compendii ophthalmiatrici ex cod. Arab. mst. Dresdens. latine redditi Specimen, praemissa de Medicis arabibus ocularriis Dissertatione*, edidit CAROLUS AUGUSTUS HILLE, Med. et Chir. Doctor. — Dresdae et Lipsiae, 1845, sumptibus Arnoldi, 8° maj., pp. 64.

(Analyse par le docteur S. FURNARI.)

« *Est quidem genus medicorum egregium, qui panem et circenses* « *conclamitare soleant, nec quidquam eruditionem verum curent, nec* « *quaerant atque expetant, nisi quo lucrum sibi facere possint.* » C'est dans la préface de la traduction de l'ouvrage ophthalmologique d'Ali-ben-Isa que nous trouvons ce passage. L'opinion de M. Hille n'est malheureusement que trop vraie dans un siècle de positivisme où l'intérêt matériel absorbe tout, dans un siècle où l'amour effréné du gain et de la spéculation n'a pas même respecté le sanctuaire de la science. Faites tous vos efforts, consacrez vos veilles à étudier des langues qui vous permettent de connaître les trésors d'érudition que nous ont légués les médecins grecs, les Indous et les Arabes, on vous demandera : *A quoi cela vous mènera-t-il?* C'est donc convenu aujourd'hui qu'une étude quelconque est inutile si elle ne vous conduit pas droit à la fortune. Disons-le toutefois en l'honneur des médecins allemands, un grand nombre d'entre eux se livrent avec zèle et avec succès à l'étude des langues orientales : le traducteur du livre dont nous donnons ici un aperçu analytique en est la preuve. Nous avons déjà dit dans une autre publication (1) que les travaux de l'ancienne école arabe méritaient d'être revus et appréciés plus convenablement qu'ils ne l'ont été jusqu'ici. En effet, pendant le IXe et le Xe siècle, la période la plus obscure pour tout l'Occident, les Arabes étaient très-avancés dans toutes les branches des connaissances humaines ; et pour ce qui regarde la médecine, depuis le IXe siècle jus-

(1) *Voyage médical dans l'Afrique septentrionale*, ou de l'Ophthalmologie d'après les différentes races. — Paris, 1845.

qu'à Paracelse, ils ont été les seuls qui aient cultivé cette science avec succès. Nous ne saurions donc trop insister sur l'utilité de l'étude de la langue arabe, généralement négligée par les médecins d'aujourd'hui : cette négligence est moins pardonnable dans un pays comme la France, où il existe plusieurs chaires spéciales pour l'enseignement de cette langue, considérée autrefois par les médecins comme une étude professionnelle; car ces chaires, établies par Henri III en 1587, furent longtemps occupées par une succession de médecins. Ainsi les praticiens de cette époque, qui avaient d'abord puisé leurs connaissances thérapeutiques dans les traductions faites par des Juifs, des musulmans d'Espagne, avaient fini par se dispenser des services de ces interprètes. On sait en outre que longtemps auparavant, en 1291, un médecin de Philippe-le-Bel, Argemand-Blaise, de Montpellier, traduisit en latin les écrits d'Avicenne, d'Averrhoës, etc. Mais revenons au but principal de cet article, à l'analyse de l'ouvrage d'Ali-ben-Isa.

Les hommes qui s'occupent d'ophthalmologie n'ignorent pas les travaux de ce savant médecin arabe. Ali-ben-Isa ou Jesus-Ali, surnommé *Al-Kool* (1), fils d'Ali-ben-Abbas, vécut à Bagdad en l'année 263 de l'hégire (885), sous les patriarches Enos et Jean. Outre les nombreux ouvrages qu'il a publiés dans les diverses branches de la médecine, il s'est distingué par des travaux philologiques. Son traité d'ophthalmologie, destiné à l'instruction d'un de ses amis et écrit sous forme épistolaire, se divise en trois parties : 1° de l'anatomie et des fonctions de l'œil ; 2° des maladies des yeux qui *tombent sous les sens*; 3° des maladies des yeux qui ne tombent pas sous les sens, de leurs causes et de leur traitement. M. Hille n'ayant publié jusqu'à présent que ce qui concerne la partie anatomico-physiologique, c'est de celle-ci que nous nous occuperons plus particulièrement.

Jesus-Ali reconnaît dans l'œil sept membranes ou couches, trois humeurs et sept muscles : les bornes de cette analyse ne nous permettant pas d'examiner l'opinion de l'auteur sur ces différents points, nous nous bornerons à indiquer ce qui nous a paru digne de fixer l'attention.

(1) Al-kool signifie *ocularius*, de la racine arabe, au prétérit, KAALA (*illevit collyrio*). Aujourd'hui, on donne en Afrique le nom d'*al-kaal* à tout ce que l'on applique sur les yeux et ses annexes, soit comme agent thérapeutique, soit comme cosmétique ; la poudre d'antimoine ou la mine de plomb, que les femmes arabes emploient pour se teindre les cils et les sourcils, s'appelle l'*al-kaal* : le nom dont nous nous servons pour indiquer l'esprit-de-vin provient également de cette racine arabe.

En lisant le paragraphe qui parle de l'humeur aqueuse et de sa membrane, nos lecteurs seront étonnés comme nous de voir décrits avec soin, dans un ouvrage de 886, une membrane dont, huit siècles plus tard, les médecins se sont disputé si vivement la priorité de la découverte. Cette membrane est encore désignée aujourd'hui sous le nom de membrane de Zinn, de Descemet, de Demours, etc. Examinons les faits : dès l'année 1729, un chirurgien anglais, Duddel, avait indiqué la membrane de l'humeur aqueuse; Zinn, dans son *Traité de l'œil* publié en 1755, donne la description de cette membrane; Descemet, dans sa thèse inaugurale soutenue en 1758 et dans un mémoire présenté à l'Académie des sciences en 1760, s'attribue la découverte. Enfin, Demours l'a revendiquée (1) dans une lettre adressée à Petit en 1767 et dans un article inséré dans le *Journal de Chirurgie*, novembre 1770. Pour faire tomber les prétentions de ces différents inventeurs, nous citons ici un passage de Jesus-Ali, où se trouvent également décrits les usages de la membrane de l'humeur aqueuse " ... *Scito, ante humorem crystallinum situm esse stratum dimidium quod vocatur araneum, qui texto araneo simile est. Procrescit ex humore crystallino, aut, ut alii dicunt, ex strato retino. Color ejus candidus est ipsumque admodum laeve et quasi politum; quare si quis aciem in oculum* (alius hominis) *dirigit, imaginem formae humanae, scilicet sui ipsius imaginem, in laevi ejus aequore videt. Natura ejus frigida est et sicca, sed minus siccum est quam stratum durum* (sclérotique). *Nutrimentum ejus venit ex humore crystallino. Utilitates habet tres : prima haec quod humorem crystallinum et albugineum* (humeur aqueuse) *separat, ne inter se misceantur et alter alterum corrumpat; secunda haec, quod humorem crystallinum a morbis, quibus albugineus afficitur, custodit ; tertia haec, quod, quoties nutrimentum redundans et humorem crystallinum obruens ab hoc respuitur, ab araneo absorbetur; hinc enim nutrimentum ejus venit.* „

Il est donc incontestable que la découverte de la membrane de l'humeur aqueuse n'appartient ni à Zinn, ni à Descemet, ni à Demours, puisqu'elle avait été décrite plusieurs siècles auparavant par Ali-ben-Isa, qui lui-même, ne la donnant pas comme lui appartenant en propre, nous laisse supposer qu'il en avait puisé les notions

(1) Descemet, *primus!!!* membranam istam descripsit, sed livida invidia Demours membranae istius inventionem sibi competere contendit. (Keiser, *De anamorphosi oculi.*)

dans les écrits des Indous et des Grecs, dont les Arabes ont été les traducteurs et les commentateurs.

En disant que la membrane de l'humeur aqueuse tire son origine et reçoit sa nutrition du cristallin, Jesus-Ali admet la présence de cette membrane dans la chambre postérieure de l'œil; il en est de même de l'humeur aqueuse, à laquelle l'auteur attribue la faculté d'humecter l'appareil du cristallin. Malgré les nombreux travaux des anatomistes modernes, cette question n'est pas encore résolue, puisque Th. Young, Ribes, Edwards, etc., croient que cette humeur occupe exclusivement la chambre postérieure; et MM. Cloquet, Blandin, etc., pensent, au contraire, qu'on la trouve exclusivement dans la chambre antérieure. Nous serions porté à adopter cette dernière opinion, qui nous semble corroborée : 1° par les expériences de la congélation, qui laisse un petit glaçon dans la chambre antérieure seulement; 2° par les preuves tirées de la pathologie oculaire. Nous avons dernièrement observé un fait qui viendrait à l'appui de cette opinion. Un déplacement spontané du cristallin cataracté eut lieu chez un homme de 34 ans ; le malade vint nous consulter le lendemain de l'accident : un cristallin volumineux se trouvait dans la chambre antérieure. Après avoir dilaté fortement la pupille, nous fîmes passer le corps opaque dans la chambre postérieure : le malade fut satisfait de ce résultat; mais au bout de 15 jours, par un mouvement brusque de la tête, le cristallin tomba de nouveau dans la chambre antérieure. Nous avons remarqué que pendant le séjour que le cristallin avait fait dans la chambre postérieure, il n'avait subi aucun changement, ni dans son volume, ni dans sa couleur, tandis que quelques jours de présence dans la chambre antérieure suffirent pour diminuer sensiblement son volume. Les symptômes d'iritis qui se manifestèrent nous obligèrent à débarrasser le malade de ce corps étranger, et nous en fîmes l'extraction en présence de MM. Piorry et Girou de Buzareingues.—Un individu de la campagne se présenta il y a quelque temps à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau, pour se faire opérer d'une cataracte : on pratiqua l'abaissement, et le malade sortit parfaitement guéri. Au bout de 4 mois, une érysipèle de la face força l'opéré à réclamer de nouveau les soins de M. Velpeau : cette dernière affection fut très-opiniâtre, et le malade succomba quelques jours après son entrée à l'hôpital. M. Richer, prosecteur à la Faculté, en fit la nécropsie, et il trouva dans la chambre postérieure de l'œil un cristallin très-dur et très-volumineux, enveloppé en grande partie par sa capsule et n'ayant subi aucun chan-

gement après quatre mois de séjour dans la chambre postérieure. On trouve des faits analogues à ceux que nous venons de rapporter dans les ouvrages de Soemmering, Janin, A. Petit, etc. Nous savons qu'à ces observations on oppósera des faits également tirés de la pathologie oculaire, et entre autres l'opinion d'Heister, qui conseille, dans les cas d'hypopion, d'après le procédé de Justus rapporté par Galien, de coucher le malade à la renverse, de commencer par de légères frictions sur le globe de l'œil pour rendre le pus plus coulant, et de donner ensuite quelques secousses à la tête pour faire passer la matière derrière l'iris. Mauchart employait à peu près le même procédé. Ces faits, cités par Ribes pour prouver que l'absorption des humeurs de l'œil se faisait derrière l'iris dans la chambre postérieure, ne me semblent pas aussi concluants que celui d'un cristallin resté intact après un long séjour dans la chambre postérieure, et diminué de volume pendant sa courte demeure dans la chambre antérieure. Et d'ailleurs le procédé de Justus et de Mauchart, pour la guérison de l'hypopion, n'a-t-il pas plutôt pour but de déplacer la matière du foyer principal où les membranes sont ramollies et près de se perforer, que de provoquer une absorption plus sûre et plus prompte de la matière purulente en la faisant passer dans la chambre postérieure ? Du reste, on pourrait, il me semble, mettre d'accord ces différentes opinions en considérant la membrane de l'humeur aqueuse comme une poche séreuse occupant les deux chambres : on sait, en effet, que dans les yeux de la biche de la Louisiane on a constaté que cette membrane passait d'un bord de la pupille à l'autre et formait ainsi un sac complet.

Ali-ben-Isa, considérant le cristallin comme un organe immédiat de la vision, l'appelle la *partie la plus noble* de l'œil, et lui consacre un long paragraphe : on sait que cette opinion prévalut jusqu'au commencement du XVIIIe siècle. L'auteur ne se prononce pas sur les vaisseaux dans les trois humeurs de l'œil ; il se borne à citer l'opinion de Galien, qui en nie l'existence, et l'opinion d'Oribase, qui croit que ces humeurs se nourrissent par *aspersion* ou imbibition.

Dans la cornée, Jesus-Ali admet quatre couches ou lames à chacune desquelles il attribue un *tempérament* particulier : ainsi la lame externe serait d'un tempérament froid, sec et dur ; la lame interne d'un tempérament chaud, et les deux moyennes d'un tempérament médiocre. Dans ce paragraphe, il n'est question ni des nerfs ni des vaisseaux de la cornée. Les doctrines sur l'explication des phénomènes de la vision se ressentent également de l'époque à laquelle le

livre de Jesus-Ali a été écrit; ces doctrines du reste ont régné jusqu'aux brillantes découvertes de Newton (1700) sur la théorie de la lumière et des couleurs, et jusqu'à l'époque où Guillaume Briggs fit le premier servir la théorie des couleurs à l'explication des phénomènes de la vision.

Le traducteur d'Ali-ben-Isa a fait précéder son travail d'une dissertation intéressante sur l'ophthalmologie chez les Arabes et sur les hommes qui se sont plus particulièrement distingués dans cette branche de la médecine. Cette appréciation analytique, écrite avec une grande lucidité d'idées, est empreinte d'une critique fondée sur de saines doctrines et sur une érudition polyglotte des plus étendues. En remerciant M. Hille de nous avoir correctement et fidèlement transmis la première partie de l'ouvrage de Jesus-Ali, nous l'engageons vivement à vouloir bien nous en donner la suite, et à continuer ses savantes recherches sur la littérature médicale arabe. Nous savons tout ce qu'il faut de temps, de peine et de courage pour déchiffrer des manuscrits d'une langue qui a 13 *formes* ou conjugaisons dans un verbe; mais lorsqu'on a, comme M. Hille, le bonheur d'avoir vaincu les premiers obstacles, on est doublement récompensé, et par la satisfaction personnelle, et par l'estime et le suffrage des vrais amis de la science. « *Studium linguarum*, disait Walcknaer, et après lui l'illustre orientaliste Silvestre de Sacy, *in universum, in ipsis primordiis, triste est et ingratum; sed primis difficultatibus labore improbo et ardore nobili perruptis, postea ubi sanctissima antiquitatis monumenta versare licet, cumulatissime beamur*... »

S. Furnari.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Haugsted (F. C.). — *Uddrag af en Række Forelæsninger over Oiensygdommene, holdte ved Kjoebenhavns Universitet i Vintersemesteret 1840-1841. — Andet, aldeles omarbeidede Oplag af Læren om Oeiets Sydomme, overeensstemmende med Videnskabens nyeste Fremskridt bearbeidet efter de beroemteste Oeienlægers Værker.* — Kjoebenhavn, 1841-1844, C. A. Reitzel, 8°, pp. XVI-500.

Eschricht (F.). — *Det menneskelige Oeje.* — Kjoebenhavn, 8°, 1844.

(Nous ne connaissons que le titre du livre de M. Eschricht. Nous rendrons compte de l'ouvrage de M. Haugsted, dont nous avons annoncé déjà la première partie (*Annales d'Oculistique*, vol. XII, p. 128), et qui est aujourd'hui complet.)

ANNALES

D'OCULISTIQUE.

Tome XV. — 2e série. Tome 3e. — 5e et 6e livraisons.
MAI ET JUIN 1846.

NOTICE SUR LES MALADIES OCULAIRES QUE L'ON OBSERVE LE PLUS COMMUNÉMENT DANS LA PROVINCE DE BRABANT;

Rapport adressé à M. Liedts, Gouverneur du Brabant, Président de la Chambre des Représentants, etc., etc.;

Par le docteur Florent Cunier.

Monsieur le Gouverneur,

J'ai l'honneur de vous faire parvenir les deux états numériques qui me sont réclamés par vos lettres en date du 24 janvier et du 1er avril de cette année.

J'y ai joint la statistique des malades indigents qui se sont présentés à la visite que j'ai faite, en 1844, dans les chefs-lieux de canton de la province (voir *Mémorial administratif de la province de Brabant*, année 1844, n° 127); cette statistique forme l'état n° 3.

L'état n° 1 comprend les malades qui ont reçu mes soins gratuits à l'Institut ophthalmique pendant l'année 1845.

Il résulte du *Compte-rendu* de ma clinique ophthalmologique pendant l'année 1844, publié en mai 1845 (1) par M. le docteur de Abrêu, mon ancien adjoint, et distribué aux administrations communales

(1) 28 pages in-8°. Bruxelles, 1845. Extrait des *Annales d'Oculistique*, volume XIII, livraison 6.

par votre prédécesseur (voir *Mémorial administratif*, 1845, n° 200), que :

50 malades restaient en traitement le 1er janvier 1845.

L'état n° 1 établit que :

591 sont survenus pendant l'année; ce qui porte à

641 le nombre des indigents aveugles ou atteints de maux d'yeux inscrits au registre de l'Institut du 1er janvier au 31 décembre 1845.

34 de ces malades ont été admis et traités à l'hôpital Saint-Jean, dans le service spécial qui m'est confié.

74 présentaient des affections incurables et n'ont été inscrits qu'à titre de renseignement statistique.

145 formant le total de la sixième colonne, doivent être ainsi divisés :

19 chez lesquels des lésions étaient déjà survenues et ont seulement pu être limitées.

11 qui se sont présentés lorsque la maladie avait déjà acquis un caractère de gravité telle qu'une terminaison plus ou moins fâcheuse n'a pu être prévenue.

115 ayant déjà pour la plupart obtenu une amélioration assez notable de leur état, ont cessé de se présenter à ma visite.

Chez 351 malades portés dans la septième colonne, le traitement, soit médical, soit chirurgical, a été couronné de succès. 28 rechutes (voir les renvois *ee*, *é*, *g*) figurent dans cette colonne ainsi que dans la seconde (1).

37 restaient en traitement le 31 décembre 1845.

Les divers rapports que j'ai adressés à M. le baron de Viron, votre prédécesseur, établissent que j'ai donné mes soins, depuis la fondation de l'Institut, le 1er juillet 1840, jusqu'au 31 décembre 1844,

(1) Les individus atteints de rechutes n'ont pas reçu de nouveau n° d'ordre ; il n'y a donc pas double emploi.

à 5,054 malades, dont la répartition se trouve établie ainsi qu'il suit :

212 pendant le 3e trimestre 1840 (1) ;
1,640 » » 4e » 1840 et l'année 1841 (2) ;
1,305 » l'année 1842 ;
1,158 » » 1843 ;
741 » » 1844 (3).

5,054. Ce nombre, joint au total de 591 nouveaux malades de l'état no 1, fournit, pour les 5 années 6 mois d'existence de l'Institut, un total général de 5,645 ; ce qui donne la moyenne de 1,026 malades par an.

L'ordre dans lequel sont exposés ces chiffres présente une décroissance proportionnelle qui tient à diverses causes.

D'abord, presque tous les aveugles et borgnes incurables de la province ont passé par l'Institut, croyant y trouver des ressources qu'ils n'avaient jamais rencontrées.

En second lieu, l'opération par laquelle il est remédié au strabisme a eu pendant un certain temps une vogue immense : durant les années 1840, 1841, 1842 et 1843, elle a déterminé une affluence de louches ainsi représentée :

Pour 1840 et 1841,	910
» 1842,	527
» 1843,	271
Total....	1,708

En 1844, le chiffre en est tombé à 63 ; en 1845, à 39. La moyenne sera désormais, selon mes prévisions, de 20 à 25.

En troisième lieu, un assez grand nombre de malades qui se sont présentés en 1844 à ma visite dans les chefs-lieux de canton, n'ont été inscrits que parmi ceux de l'état no 3, bien qu'ils soient venus à Bruxelles et aient été traités à ma consultation. Ceci explique le chiffre de 741 seulement, que l'on trouve dans le *Compte-rendu* de M. de Abréu, pour l'année 1844.

Les résultats favorables de ma tournée dans la province, la création d'un service ophthalmologique provincial à l'hôpital St-Jean, où 105 malades ont été reçus en un semestre (voir état no 2), les

(1) Voir mon *Compte-rendu* publié dans les *Annales d'Oculistique*, vol. IV, p. 75-76, et dans le *Bulletin médical belge*, année 1840.

(2) Voir mon *Compte-rendu* publié dans les *Annales d'Oculistique*, volume VII, p. 5 et suivantes.

(3) Voir de Abréu, *Compte-rendu* déjà cité.

consultations que j'ai été forcé de donner dans la salle d'attente de cet hôpital, fournissent la raison de la continuation de décroissance, qu'explique d'ailleurs très-bien la guérison successive d'un grand nombre de cécités et de maladies secondaires.

Mes consultations pour les malades externes à l'hôpital St-Jean ayant cessé, un reflux sur l'Institut doit en être le résultat; mais il sera balancé par la diminution du nombre des affections secondaires : la moyenne peut être regardée comme devant flotter désormais entre six et sept cents.

Il est possible de prévoir dès à présent que le nombre des malades traités à St-Jean variera, année commune, entre trois et quatre cents.

CHAPITRE PREMIER.

L'inspection des deux tableaux n° 1 et n° 3, leur comparaison entre eux (1) et avec ceux que j'ai transmis déjà à l'Administration provinciale, présentent diverses particularités que je crois utile de faire ressortir.

Ce qui frappe au premier abord, c'est de n'y voir figurer aucune ophthalmie *simple* ou *idiopathique*; tandis qu'on y rencontre à peu près toutes les formes dites *spécifiques*, soit *pures*, soit dans leurs combinaisons les plus variées.

Nos pauvres et nos ouvriers présentent-ils donc des constitutions qui diffèrent de celles des pauvres et des ouvriers d'autres contrées, d'autres provinces de notre pays, où exercent des praticiens qui ont publié des statistiques dans lesquelles on trouve compris un certain nombre de cas d'inflammation *simple?*

Je ne le pense pas. La différence me paraît provenir de ce que, tenant compte de la cause, j'ai toujours inscrit sous le titre de *corps étrangers entre les paupières*, ou *fixés dans la cornée*, de *blessures*, etc., les ophthalmies qui reconnaissaient cette étiologie, et que d'autres eussent appelées sans doute *simples*, *idiopathiques*, ou tout au plus *traumatiques*. Je m'explique encore cette différence par la remarque que ces ophthalmies et les ophthalmies idiopathiques proprement dites sont le plus ordinairement bénignes, et que, hormis le cas de corps étrangers restés à demeure entre les paupières ou dans la cornée, de

(1) Je n'ai pu, dans l'examen auquel je vais me livrer, faire usage des chiffres fournis par la clinique de l'hôpital St-Jean, les malades au-dessous de sept ans n'y étant pas reçus.

blessures plus ou moins graves, la classe nécessiteuse ne réclame les secours d'un homme de l'art qu'après que le mal a déjà quelque durée, qu'après que des moyens malentendus ont déjà été mis en usage. Si le malade est dyscrasique, ce qui n'est malheureusement que trop commun, l'ophthalmie a perdu alors son état de simplicité et a revêtu les caractères d'une ophthalmie *spécifique*.

En passant en revue, comme je vais le faire, les diverses maladies inscrites, je traiterai de leurs causes, je signalerai les formes sous lesquelles on les rencontre habituellement, j'exposerai leurs terminaisons les plus ordinaires, et je m'attacherai à signaler ce qu'il me paraîtra convenable d'instituer ou de tenter, soit pour diminuer la fréquence de certaines conditions constitutionnelles dont on rencontre à chaque pas les influences malfaisantes, soit pour rendre moins nombreuses, parmi nos pauvres et nos ouvriers, les maladies oculaires qui leur sont propres et les accidents auxquels elles donnent communément lieu.

§ 1. — Affections scrofuleuses.

A. — Les affections scrofuleuses apparaissent en grande majorité.

1) En effet, l'état nº 1 comprend sur 641 cas (1) de maladies de l'œil ou de ses annexes :

105 ophthalmies scrofuleuses,
4 descemétites, »

10 blépharites ciliaires ulcérées,
4 entropions,
15 pannus celluleux,
2 albugos avec synéchie antérieure,
1 » » » »
et occlusion pupillaire,
20 taches de la cornée,
7 incrustations dans la cornée,
10 staphylômes opaques,
7 strabismes convergents,

21 pannus vasculaires,
3 tumeurs du sac lacrymal,
7 fistules » »

} suites d'ophth. scrofuleuse, pure ou mixte.

Ce qui porte à 214 le nombre des affections dans lesquelles se retrouve la diathèse scrofuleuse.

(1) Je n'ai pas cru devoir retrancher des 641 inscriptions au registre, les 17 qui ont eu lieu pour des affections indéterminées.

2) D'un autre côté, la scrofule a été notée comme combinaison ou complication dans :

19 cas	d'ophthalmie	catarrhale	sur	54
5 »	»	des armées	—	18
10 »	»	rhumatismale	—	34
8 »	»	gonorrhoïque	—	9

Par conséquent 42 fois ; ce qui porte à 256, c'est-à-dire aux deux cinquièmes du chiffre total, le nombre des cas dans lesquels la scrofule s'est révélée.

Cette proportion se retrouve dans les diverses statistiques que j'ai fournies depuis la fondation de l'Institut, en juillet 1840, et dans le *Compte-rendu* de M. le docteur de Abrêu.

3) Laissant de côté les affections secondaires, comme l'ont fait jusqu'ici tous les écrivains, il reste 149 ophthalmies scrofuleuses simples ou mixtes, ce qui équivaut à plus de 23 p. 0/0, proportion qui est celle rencontrée par la plupart des ophthalmologues, entre autres par Beer (1), qui dirigeait l'Institut ophthalmique de Vienne ; par M. Kranichfeld (2), à la policlinique ophthalmologique de l'Université de Berlin ; par M. Benedict (3), qui a la direction de l'Institut ophthalmique de Breslau ; par Weller (4), à Dresde ; par M. Andreae, à Magdebourg (5) ; par M. Blasius, à Halle (6) ; par M. Fischer, à Prague (7) ; par MM. Mensert (8) et Blom (9), en Hollande ; par M. Car-

(1) Cité par Weller, *Traité théorique et pratique des Maladies des yeux*, vol. II, p. 183.

(2) *Conspectus publicus morborum ophthalmicorum qui in Instituto policlinico ophthalmiatrico Universitatis regiae Fridericae Guillelmae ab anno 1830 usque ad annum 1842 tractati et sanati, eorumque aegrotorum qui medela frustrata dimissi sunt vel recesserunt.* Berolini, 1842, in-4°.

(3) *Handbuch der praktischen Augenheilkunde.*

(4) *Traité* cité, p. 883.

(5) *Grundriss der Augenheilkunde*, vol II, p. 249.

(6) Blasius 's *Klinische Zeitschrift für Chirurgie und Augenheilkunde*, Bd. 1, viertes Heft.

(7) *Lehrbuch der gesammten Entzündungen und organischen Krankheiten des menschlichen Auges*, p. 210.

(8) *Geschiedkundig Overzigt omtrent de heerschende en voorkomende Oogziekten in Nederland.* Amsterdam, 1827.

(9) *Handboek voor de Oogheelkunde.* Tiel, 1837.

ron du Villards (1), dans le Luxembourg; par M. Jules Ansiaux (2), à Liége, etc., etc.

4) Mon honorable ami, M. le docteur Sichel, qui a fondé à Paris une clinique spéciale où plus de 4,000 individus reçoivent annuellement des soins gratuits, a constaté (3) que l'ophthalmie scrofuleuse se présentait dans la proportion de 1/5 sur le chiffre total des malades: M. Stœber (4), professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, et M. Rosas, directeur de l'Institut ophthalmique de Vienne (5), sont arrivés au même résultat; mais ces trois observateurs n'ont fait entrer en ligne de compte ni les affections secondaires des maladies scrofuleuses de l'œil, ni les ophthalmies dans lesquelles la scrofule existait comme combinaison ou complication.

Envisagée au même point de vue que celle de M. Sichel (6), ma statistique offre une différence peu marquée.

En effet, 103 ophthalmies scrofuleuses ont été rencontrées sur 641 malades; la proportion est de 16 p. 0/0, ou de 4 p. 0/0 moindre que celle de la clinique de M. Sichel.

5) Remontant aux années antérieures, et sans tenir compte des *chiffres doubles*, qui représentent les *restant en traitement* à l'époque de chaque rapport, je vois que

le 3e trimestre de 1840 a fourni le chiffre de	48	sur	212,	environ	23 p. 0/0;
l'année 1844	»	»	141	»	741,	»	20 p. 0/0.

La moyenne de la fréquence proportionnelle des ophthalmies scrofuleuses, par rapport au chiffre total des malades, serait donc de 19 p. 0/0 environ.

(1) *Rapport adressé à S. M. le Roi des Pays-Bas sur les maladies oculaires observées dans le Grand-Duché de Luxembourg*. Luxembourg, 1843.

(2) A. D. Guerreiro, *Compte-rendu de la clinique ophthalmologique de M. le docteur* Jules Ansiaux, *pendant l'année* 1845. — *Ann. d'Oculistique*, vol. XV, p. 147.

(3) *Revue trimestrielle de la clinique ophthalmologique*, Paris, 1837, p. 11.

(4) *Annales d'Oculistique*, vol. V, p. 6.

(5) Voir le *Compte-rendu* de la clinique de cet établissement, publié par M. Seidl dans le n° de décembre, p. 333, du *Medicinische Jarhbücher des K. K. Oesterreichische Staates*. Sur 1,090 malades de la clinique externe, on a compté 212 ophthalmies scrofuleuses, donc plus de 19 p. 0/0. La proportion arrive à 23, 67 p. 0/0 en ajoutant aux 212 ophthalmies les affections dans lesquelles s'est rencontrée la scrofule.

6) Voir le tableau statistique joint à la *Revue trimestrielle* citée.

En invoquant le chiffre total des malades inscrits annuellement depuis la fondation de l'Institut, on aurait :

4e trimestre 1840						
et année 1841,	191	cas sur	1,673	malades,	ou environ	11 p. 0/0;
année 1842,	231	»	1,303	»	»	18 p. 0/0;
» 1843,	267	»	1,158	»	»	23 p. 0/0;
État n° 3,	267	»	1,782	»	»	15 p. 0/0.

La moyenne serait donc, pour 1,248 cas sur 7,540, de 17 p. 0/0; mais on adoptera celle de 20 p. 0/0 rencontrée par MM. Sichel, Stœber et Rosas (1), par la raison que l'époque comprise entre 1840 et 1844 a présenté une affluence extraordinaire de louches qui sont venus se faire opérer; et si l'on considère que les affections secondaires, curables et incurables, que j'ai notées lors de ma visite (état n° 3), et qui ont été inscrites chaque année, entreront désormais pour un chiffre moins élevé dans ma statistique, on admettra un rapport de 25 p. 0/0 environ, qui est celui que M. Sichel me mandait, ces jours derniers, être observé maintenant à sa clinique.

6) Le rapport annuel des ophthalmies scrofuleuses au chiffre total des ophthalmies traitées est celui-ci :

	Années.	Nombre d'ophthalmies scrofuleuses.		Chiffre total des ophthalmies.		Rapport	
3e trimestre	1840	48	sur	115	environ	42	p. 0/0.
4e »	id.						
et année	1841	191	»	353	»	54	»
»	1842	231	»	474	»	49	»
»	1843	267	»	578	»	46	»
»	1844	141	»	466	»	[illegible]	»
»	1845	105	»	231	»	45	»

La moyenne est donc de 45 p. 0/0.

Dans l'état n° 3, il existe 267 ophthalmies sur 478, ou environ 56 p. 0/0, notées comme scrofuleuses : ces ophthalmies étant comprises dans l'examen comparatif, la moyenne générale serait de 47 p. 0/0 environ, 14 p. 0/0 plus élevée que celle de M. Sichel.

(1) Proportion qui est aussi celle que rencontrent les ophthalmologues anglais. En 1838, M. Guthrie (a) a noté 1,002 sur 4,874 ; MM. Edwards et Neil ont noté, en 1837, à Liverpool (b), environ 400 sur 1,965.

(a) *The fourth biennal Report of the Royal London ophthalmic Hospital.* London, 1839.

(b) *Report of the Liverpool ophthalmic Infirmary for the year 1836.* Liverpool, 1837.

B. — En compulsant le registre de l'Institut, on trouve que sur les 103 cas d'ophthalmie scrofuleuse de l'état n° 1,

47	sujets étaient âgés de moins de			6	ans.
39	»	»	»	12	»
10	»	»	»	16	»
4	»	»	»	25	»
3	avaient dépassé l'âge de			30	»

78 étaient du sexe féminin (dont 2 orphelins, 1 enfant trouvé, 3 naturels).
25 » » masculin (dont 2 enfants trouvés, 2 naturels).

Les 4 cas de descemétite scrofuleuse ont été observés sur des jeunes filles âgées de 13 à 17 ans et non encore réglées.

Ces données relatives à l'âge se rapprochent beaucoup de celles de Beer et de M. Benedict. Le premier (1) a trouvé qu'à Vienne les 9/10es des ophthalmies de l'enfance sont de nature scrofuleuse ; le second porte (2) la proportion à 95 pour °/o.

En exceptant les 10 cas d'ophthalmie des nouveau-nés, on ne compte que 7 enfants sur les 86 ophthalmies qui n'étaient ni scrofuleuses ni combinées avec la scrofule.

Les 42 cas offrant la combinaison scrofuleuse sont représentés par 26 enfants et 16 adultes, 28 filles ou femmes, 14 sujets mâles.

C. — 1) Sur le nombre de 641 malades, 227 appartiennent à Bruxelles et à ses faubourgs; ces 227 ont fourni à eux seuls un contingent de 162 sur le chiffre de 256 affections scrofuleuses primitives ou secondaires : la population des campagnes a donné un apport de 90 ; les 4 autres scrofuleux appartenaient :

1 à la ville de Mons ;
1 » » d'Anvers ;
1 » » de Hal ;
1 à un village de la province de Namur.

2) Il est digne de remarque que les 162 scrofuleux de Bruxelles et de ses faubourgs proviennent, à infiniment peu d'exceptions près, des cloaques appelés *bataillons carrés*, contre l'existence desquels M. Ducpétiaux s'est récemment élevé avec force dans le sein du Conseil communal, et des ruelles et *allées* qui existent dans la rue de Schaerbeéck, la rue Royale, et qui avoisinent ces rues, et les rues Haute, des Tan-

(1) *Loco citato.*
(2) *Loco citato.*

neurs, d'Anderlecht, le Rempart-des-Moines, le Vieux-Marché, ainsi que des quelques rues étroites, à habitations resserrées, humides, mal éclairées, mal aérées, encombrées, que l'on rencontre à Ixelles, à Saint-Josse-ten-Noode, Saint-Gilles, Etterbeéck, etc., etc.

D. — Ma visite dans les chefs-lieux de canton ayant porté en majeure partie sur des malades appartenant à des communes rurales, j'exposerai ici les résultats qu'elle a donnés quant à la fréquence des maladies scrofuleuses de l'œil.

J'ai pris note de 1,782 malades (je laisse subsister les 56 affections *indéterminées* qui figurent dans l'état n° 3); les scrofules apparaissent chez 640, ce qui équivaut à 36 p. 0/0, savoir :

267 ophthalmies scrofuleuses,
10 descemétites »

8 entropions,
12 blépharites ciliaires ulcérées,
16 strabismes convergents,
20 taches de la cornée,
37 incrustations dans la cornée,
10 albuges,
12 » avec synéchie antérieure,
19 » avec synéchie antérieure et oblitération pupillaire,
18 oblitérations pupillaires,
27 pannus vasculaires,
29 pannus celluleux,
10 tumeurs du sac lacrymal,
2 fistules » »
18 staphylômes opaques,
3 » transparents,
33 fontes et atrophies du globe de l'œil.

} Suites d'ophthalmie scrofuleuse, pure ou mixte. Ces 302 affections secondaires étant retranchées comme plus haut (A 3), la proportion n'est plus que de 19 p. 0/0.

38 ophthalmies catarrhales
3 » des armées
10 » rhumatismales
10 » gonorrhoïques

} offrant la complication ou la combinaison scrofuleuse.

E. — 1) La remarque relative à l'âge et au sexe se reproduit pour les ophthalmies scrofuleuses chez les malades de l'état n° 3.

Le nombre des individus au-dessous de l'âge de la puberté a été de 227 sur 267, plus de 85 p. 0/0. On y retrouve 19 orphelins, 5 enfants trouvés, 7 enfants naturels, 179 filles ou femmes, 88 sujets mâles.

2) Les villes ont apporté le plus fort contingent ; ainsi, sur le nombre de 640 :

Tirlemont	est compris	pour	98
Aerschot	»	»	24
Diest	»	»	38
Vilvorde	»	»	17
Nivelles	»	»	13
Wavre	»	»	19
Jodoigne	»	»	20
Louvain	»	»	43
Hal	»	»	14
Bruxelles	»	»	73
		Total:	359

Cela constitue environ 61 p. 0/0 sur les 584 malades qu'elles ont fourni. Le chiffre de 1,198 malades des campagnes ne comprend que 281 scrofuleux, ou 23 p. 0/0.

D. — Toutes ces notes témoignent de l'immense fréquence des scrofules dans notre pays. Il ne faut cependant pas croire que nous soyons plus malheureux, sous ce rapport, que les autres peuples. Les autorités que j'ai invoquées ci-dessus (A et B) en fournissent la preuve ; et lorsqu'on compare ce qui se passe chez nous avec le résultat des recherches de Richerand (1), de MM. Guersent (2), Carron du Villards (3), Guiet (4), etc., pour la France, celles de Lloyd (5), Gregory (6), Thomson (7), Jacob (8), B. Phillips (9), pour

(1) *Nosographie chirurgicale*, tome I, p. 425 et suiv.

(2) *Dictionnaire des sciences médicales*, tome 50, p. 191.

(3) *Guide* cité.

(4) *Études pratiques sur l'affection scrofuleuse ;* voir *Revue médicale française et étrangère*, publiée par M. Cayol, avril 1844.

(5) *On scrofula*, cité par Carron du Villards.

(6) Cité par M. Lawrence, dans son *Treatise on the Diseases of the Eye*, seconde édition, p. 297. « *The late D*[r] Gregory, *of Edinburgh*, dit M. Lawrence, *used to say that there was not a single family in Scotland free from scrofula.* »

(7) *Lectures on inflammation*, p. 163. M. Thomson dit : « *It is rare to meet with an individual who has not, at some periods of life, experienced disease in some shape or other belonging to one of the several forms of scrofula.* »

(8) *Dublin medical Press*, 1846.

(9) *Scrofula ; its Nature, its Causes, its Prevalence*, etc. Londres, 1846, 1 vol. in-8°, pp. 379.

l'Angleterre, de MM. Aug. Schöpf (1), Rechnitz et Esze (2) pour la Hongrie, de M. Ruete (3) et d'une multitude d'autres écrivains pour le nord de l'Allemagne, la Suède, la Norwège et le Danemarck, on doit reconnaître que la Belgique est loin d'être plus mal traitée que ces contrées. Il est connu que les maladies scrofuleuses sont moins fréquentes chez nous que chez nos voisins, les Hollandais (4).

§ II. — Causes de la scrofule.

A. — Ici se présente une question de la plus haute importance. Faut-il rapporter la fréquence de la scrofule aux agents extérieurs au milieu desquels nous vivons, qui modifient sans cesse les individus et peuvent dans certaines circonstances altérer la santé d'une manière très-profonde? L'air respiré, certaines localités, certaines maladies, peuvent-elles engendrer la scrofule?

B. — M. Lugol, chirurgien de l'hôpital St-Louis, à Paris, où abondent les scrofuleux, s'est livré à ce sujet aux recherches les plus circonstanciées. Il est arrivé à établir que la scrofule se développe, dans le plus grand nombre des cas, sans causes extérieures appréciables, au milieu même des conditions hygiéniques les plus propres à fortifier la santé; qu'elle se montre à l'occasion de certaines maladies dont elle ne tire pourtant point son origine; qu'elle règne d'une manière endémique dans quelques localités, sans qu'on sache encore par quelle raison; que dans des ateliers de travail où toutes les causes occasionnelles de maladies sont pour ainsi dire accumulées, les effets de ces causes, d'ailleurs si nuisibles à la santé générale, semblent ne revêtir les caractères de la scrofule que *par la voie de la génération*. Il serait donc au moins permis de douter que les causes extérieures soient pleinement génératrices de la scrofule; l'*hérédité* serait la cause la plus commune, la plus évidente.

Ma visite dans les chefs-lieux de canton, en 1844, fut annoncée au moment où venait de paraître le livre de M. le docteur Lugol (5).

(1) *Magyar orvos-sebészi és termeszéttudomanyi Evkönyvek*, Kiadja és szerkeszti Dr Schöpf Auguszt. Pesth, 1844, p. 180.

(2) *Passim*, dans le journal : *Orvasi Tár. A budapesti királyi orvosegyesület közös munkálatával*. Szerkesztik és kiadjak Pr. Bugat és Dr Flor.

(3) *Die Scrofelkrankheit, insbesondere die scrofulöse Augenentzündung*. Göttingen, 1838.

(4) Voir Guislain, *Lettre médicale sur la Hollande*. Gand, 1842, § II.

(5) *Recherches et Observations sur les causes des maladies scrofuleuses*, 1 vol. in-8° de 372 pages. Paris, 1844, chez Fortin, Masson et comp.

La doctrine émise par ce savant se trouvait en opposition avec les opinions généralement reçues, avec ce qui m'avait été enseigné par mes maîtres, avec ce que je croyais m'avoir été démontré par une pratique de quinze années. J'ai voulu vérifier ses assertions, dans l'espoir que le résultat de mes investigations pourrait être de quelque utilité en éclairant et l'administration et les hommes de science : j'ai depuis cette époque activement poursuivi mes recherches.

Je ne peux, dans une lettre purement administrative, entrer dans tous les détails que comporte la question si importante de l'étiologie de la scrofule, qui est considérée avec fondement *comme le principe le plus actif de la destruction de l'espèce humaine*; je devrais pour cela me livrer à une digression scientifique qui trouvera mieux sa place dans un travail spécial que j'ai préparé, et auquel je mettrai la dernière main dès que l'état de ma santé le permettra.

C. — *a*) Je me bornerai à vous faire connaître que dans la majeure partie des cas où j'ai eu devant moi des parents d'enfants porteurs de maladies scrofuleuses des yeux (et je dois vous rappeler que les enfants formaient l'immense majorité des individus atteints d'affection de cette nature, voir § I, B et E), j'ai pu constater les caractères essentiels que M. Lugol assigne à l'hérédité :

1) La généralité de la maladie dans la famille, reconnaissable à la complexion scrofuleuse, ou de famille ;

2) La mortalité qu'elle y développe, surtout parmi les enfants en bas âge.

D. *a*) — L'hérédité doit être étudiée dans la famille, dans les diverses branches dont elle se compose, dans les diverses branches issues d'une origine commune, et dans la santé particulière des différents lits. C'est là un labeur immense : aussi ne dirai-je pas que je l'ai accompli pour tous ; je me suis borné, dans un assez grand nombre de cas où cela m'a paru utile, à rechercher ces renseignements divers, qui établissent que les causes d'hérédité sont transmises par des parents qui en ont eux-mêmes hérité.

b) Ces parents que je pouvais examiner m'ont permis de vérifier cette remarque de Himly (1), que la disposition aux ophthalmies scrofuleuses est héréditaire : il en est de ces maladies comme de la

(1) *Die Krankheiten und Missbildungen des menschlichen Auges*. Berlin, 1841, vol. I, p. 473.

phthisie, de la carie, des tumeurs blanches, des otorrhées, etc., héréditaires dans certaines familles scrofuleuses.

c) Dans la majeure partie des cas, le père ou la mère m'a appris que, dans son jeune âge, il avait souffert du mal pour lequel il me présentait son enfant.

La généralité de l'ophthalmie existait alors dans la famille : ici encore on rencontre ce qui s'observe tous les jours pour les diverses affections que je viens de citer.

Voici ce que j'ai noté au sujet des liens de parenté.

État n° 1.

Les liens de parenté de 18 de ces malades se trouvent ainsi établis :

2	fois	les 2 sœurs,
2	»	1 frère et 1 sœur,
1	»	2 sœurs,
1	»	2 frères,
1	»	la tante et la nièce,
1	»	le cousin et la cousine,
1	»	les deux cousines.

État n° 3.

La parenté se trouve représentée par :

3 frères	et	2	sœurs,	1	fois,
2 »	»	1	»	2	»
1 »	»	1	»	3	»
2 »	»	«	»	2	»
» »	»	2	»	3	»
» »	»	4	»	1	»
1 mère	»	1 fille,		1	»
1 tante	»	2 nièces,		1	»
1 cousin	»	1 cousine,		2	»
2 cousines,				2	»
2 cousins,				1	»
3 parents à divers degrés.				1	»

Un plus grand nombre de parents, proches ou éloignés, ont pu se présenter ; je ne livre ici que les notes consignées au livre.

L'identité de forme des ophthalmies dans une famille s'explique par l'identité assez ordinaire de la constitution (voir § III, A 1) des individus qui la composent.

E. — Il existe un autre ordre de causes héréditaires dans lequel l'homme originairement bien constitué peut acquérir certains états de santé qu'il transmet à ses enfants sous quelques-unes des formes de la scrofule, en sorte qu'il devient lui-même la source, l'origine d'une famille scrofuleuse dont il constitue la souche. M. Lugol a cité à l'appui de cette assertion de nombreux exemples dont on retrouve parmi nous les plus fréquents analogues. Cet ordre de causes comprend, d'après cet auteur, les états de santé dans lesquels la faculté de reproduction est affaiblie ou dégradée : tels sont surtout la syphi-

lis, l'abus des plaisirs vénériens, les mariages précoces et tardifs, la trop grande disproportion dans l'âge et la force des deux époux, certaines maladies (l'épilepsie, la paralysie, l'aliénation mentale, etc.).

F) Voici quelques particularités qui confirment l'ordre étiologique dont il est ici question :

1) La complication avec la syphilis congénitale a fourni le chiffre de 6 dans l'état n° 3. Cinq de ces malades étaient de Nivelles, Louvain, Diest et Tirlemont, et j'ai constaté, avec MM. les docteurs Lanthier, à Louvain, Vervoort, à Diest, De Wilde et Swartebroeckx, à Tirlemont, que, chez 4 d'entre eux, le père (1 fois), la mère (1 fois), ou tous deux ensemble (1 fois), présentaient actuellement encore des signes évidents de syphilis secondaire ou tertiaire.

M. Noeggerath, qui a été mon adjoint pendant les premiers mois de 1845, a reconnu des accidents secondaires ou tertiaires de syphilis chez 5 mères et 2 pères qui accompagnaient leurs enfants affectés d'ophthalmie scrofuleuse : j'ai moi-même recueilli la même donnée 1 fois chez le père et la mère, 1 fois chez le père, 1 fois chez la mère.

Ces 10 cas, dans lesquels M. Noeggerath et moi nous avons reconnu la syphilis chez les parents, ont fourni 2 complications de syphilis congénitale.

2) Il est connu que les mariages précoces et tardifs, la disproportion d'âge et de force des époux procurent le plus ordinairement une progéniture chétive. La plupart du temps, on peut constater, dès la première génération, la scrofule chez des enfants issus de parents ainsi unis, qui ne présentent, ni l'un ni l'autre, aucun signe de disposition scrofuleuse. Si cette disposition existe chez eux ou chez l'un d'eux, la mortalité est excessive dans leur descendance, qui est sujette, dès l'âge le plus tendre, à des maladies scrofuleuses graves, parmi lesquelles figurent surtout celles des poumons, des os et des yeux. Je pourrais accumuler les exemples de cette nature.

3) Je n'ai pu recueillir que deux faits applicables à l'influence de l'épilepsie ; je n'ai rien noté qui fût relatif à l'aliénation mentale, ou à la paralysie, etc.

4) On a vu ci-dessus (§ 1, B et D) que 21 orphelins, 8 enfants trouvés, 12 enfants naturels ou illégitimes, sont compris dans le total des ophthalmies scrofuleuses *pures* ou *mixtes* des états n° 1 et n° 3. M. Lugol établit, à l'aide du raisonnement suivant, dont on ne saurait contester la valeur, que l'hérédité doit jouer chez ces enfants le rôle principal dans la production de la disposition scrofuleuse. « Quels sont, se de-« mande le savant observateur parisien, les parents des enfants « trouvés? Les mères sont pour la plupart des jeunes filles pauvres, sé-« duites, obligées de fuir la maison paternelle, accablées de chagrin, « exposées aux privations, aux fatigues de toute espèce, et souvent in-« fectées de maladies syphilitiques. On en voit qui, pour faire dispa-« raître les apparences de leur malheureuse position, ont recours à « des corsets très-serrés et même à des tentatives réitérées d'avorte-« ment, qui ont toujours pour effet d'entraver l'évolution régulière de « l'embryon.—Les pères, qui gardent l'anonyme, sont ordinairement « des hommes qui vivent dans l'intempérance des plaisirs vénériens, « une des causes les plus puissantes de la dégradation de la géné-« ration. — Quant aux orphelins (et aux enfants abandonnés), leurs « pères et mères sont tellement maltraités par la misère et les mala-« dies, qu'ils sont obligés de se défaire de leurs enfants. Ce sont là, il « faut en convenir, les plus mauvaises conditions pour la procréa-« tion d'enfants robustes et bien portants. En outre, les parents « sont généralement morts jeunes et de maladie, à quelques excep-« tions près de mort violente, à laquelle ils peuvent être exposés par « leur profession. Mais quelles sont les maladies qui font périr les « parents jeunes? Ce sont, en premier lieu, les maladies scrofu-« leuses, et plus particulièrement la phthisie pulmonaire, qui les « moisonnent si jeunes et en si grand nombre. »

5) J'ai été surpris de voir M. Lugol passer sous silence deux causes héréditaires qui appartiennent à la classe étiologique dont je m'occupe ici : j'entends parler de la goutte et du rhumatisme articulaire chronique.

a) La disposition goutteuse, ou plutôt *arthritique*, est pour ainsi dire habituelle, dans notre pays, chez les individus qui exercent des professions sédentaires, qui se gorgent d'aliments de mauvaise nature, commettent de fréquents excès vénériens, usent immodérément, soit d'habitude, soit par intervalles, de bière et d'alcooliques, et qui habitent des maisons froides, humides. M. le docteur Sebastian, professeur

à la Faculté de médecine de Groningue, a fait la remarque (1) que, en Hollande, les enfants qui naissent de parents goutteux sont, pour la plupart, scrofuleux. Cette observation s'applique à notre pays. Je n'en veux pour preuve que cette circonstance, que 18 enfants atteints d'ophthalmie scrofuleuse (état n° 1) avaient pour parents des individus affectés

	Hommes.	Femmes.
De choroïdite arthritique	3	2
De glaucôme »	4	4

et exerçant tous des professions sédentaires (tailleurs d'habits, 2 ; cordonniers, 2 ; serrurier, 1 ; tisserand, 1 ; cuisinier, 1 ; — couturières, 2 ; repasseuse, 1 ; cabaretière, 1 ; dentellière, 1 ; ouvreuse de loges, 1). C'est dans mes recherches sur l'ascendance que j'ai rencontré ces malades, dont 3 n'avaient jusque-là réclamé les soins de qui que ce fût pour leur affection oculaire.

Sur les 7 pères, 2 s'étaient alliés à des femmes scrofuleuses ; ils avaient eu 12 enfants : 6 étaient morts. Les 6 qui survivaient étaient :

3 affectés d'ophthalmie scrofuleuse ;
1 » d'engorgements glanduleux ;
1 » de teigne et d'ulcères scrofuleux ;
l'autre était adulte et atteint de phthisie.

Les 5 autres avaient épousé des femmes saines : ils avaient eu 14 enfants ; 4 étaient morts : les 10 survivants étaient :

4 sains en apparence (adultes);
4 affectés d'ophthalmie, 3 avec combinaison arthritique ;
1 » de carreau ;
1 » de teigne.

Sur les 6 mères, 3 avaient pour maris des scrofuleux (1 venait de succomber à une phthisie tuberculeuse) : la progéniture de ces 3 familles comprenait 17 enfants, dont 9 morts ; les 8 qui subsistaient étaient :

6 atteints d'ophthalmie scrofuleuse,
2 adultes avaient la vision embarrassée par des taches résultant de l'ophthalmie scrofuleuse.

(1) *Over de Overeenkomst en het Verschil tusschen de Jicht en de Scrophulosis.* Groningen, 1858, p. 2.

Les maris des 3 autres femmes paraissaient sains. Leur descendance se composait de 10 enfants, dont 2 morts ; les 8 survivants étaient :

3 atteints d'ophthalmie ;
1 adulte avait subi l'amputation de la jambe pour une tumeur blanche ;
1 adulte se mourait de phthisie tuberculeuse.

Des 2 autres adultes, l'un paraissait sain : l'autre avait souffert, à l'âge de six ans, d'une ophthalmie qui avait déterminé la perte de l'œil droit, et était actuellement abîmé par le rhumatisme.

Il est à remarquer que sur ces 13 mariages, 7 avaient été accomplis les deux époux étant âgés de plus de 30 ans ; deux autres, la femme âgée de plus de 30 ans, le mari de moins de 20 ; dans les 4 autres, le mari avait dépassé 30 ans : la femme était âgée de moins de 20 ans, 2 fois ; de moins de 25 ans, 2 fois.

Dans aucun cas, il n'y avait eu de seconde union.

La disposition arthritique n'a été remarquée, dans aucun de ces cas, en même temps chez la femme et chez le mari.

b) La goutte, ou plutôt l'arthritisme, est une maladie qui devient, comme la scrofule, un legs de famille : sous notre ciel, comme sous celui de la Hollande, ces deux affections offrent entre elles de nombreux points d'analogie, esquissés avec le plus admirable talent d'observation par mon ancien maître, M. Sebastian ; et l'on conçoit facilement que la scrofule soit, dans un grand nombre de cas, l'héritage des enfants nés de parents goutteux, et que la mortalité et les affections scrofuleuses soient des plus fréquentes chez les enfants nés de parents, l'un arthritique, l'autre scrofuleux, surtout si la disproportion d'âge et de force vient se joindre à ces conditions.

c.) Le rhumatisme articulaire chronique est fort commun parmi certaines classes d'ouvriers qui doivent subir, sans pouvoir s'y soustraire, les funestes influences des variations brusques de température, qui doivent travailler exposés au froid et à l'humidité, à la pluie, au vent, aux courants d'air, et dont les habitations sont pardessus tout froides et humides.

Mes recherches apprennent que l'observation de M. Sebastian est applicable au rhumatisme articulaire : la combinaison rhumatismale s'est présentée 123 fois sur les 267 ophthalmies scrofuleuses indiquées dans l'état n° 3, et 41 fois sur les 103 indiquées dans l'état n° 1. Il existait 10 complications scrofuleuses parmi les 43

ophthalmies rhumatismales de l'état n° 3, et 8 parmi les 34 de l'état n° 1. Des renseignements positifs ont démontré l'existence du rhumatisme articulaire chez le père 10 fois, chez la mère 5 fois, chez le père et la mère 2 fois ; 6 d'entre ces parents avaient hérité de la disposition qui existait dans leur famille. Ces derniers seuls présentaient une habitude scrofuleuse.

Il arrive tous les jours que des frères, des sœurs d'individus affectés d'ophthalmies scrofuleuses viennent me consulter pour des ophthalmies rhumatismales, et *vice-versâ* ; tous les jours aussi je fais la remarque que les ophthalmies, chez ces malades, deviennent bientôt combinées, passent à l'état de scrofuloso-rhumatismales, ou rhumato-scrofuleuses. Il suffit de parcourir les salles de nos hôpitaux pour constater chez des scrofuleux cette coïncidence dans des affections d'autres parties que l'œil, et pour reconnaître l'existence de la cause héréditaire que je signale ici.

G. — J'ai porté mon attention sur les causes pathologiques et sur les causes externes généralement considérées comme productrices de la scrofule : ces causes hâtent, c'est un fait certain, le développement de la scrofule ; mais elles ne la produisent pas chez un enfant qui n'en a pas apporté le germe en naissant.

Voici mes preuves pour les causes pathologiques :

1) Dans trois cas seulement j'ai pu noter que la disposition scrofuleuse s'était manifestée à l'occasion de la variole ; il s'agissait de deux enfants et d'un adulte : ce dernier a subi, il y a quelque temps, l'amputation de la jambe pour une carie de l'articulation du pied ; l'un des deux enfants souffrait d'ophthalmie et d'otorrhée ; l'autre a conservé des engorgements glanduleux et un empâtement considérable de la lèvre supérieure.

2) Chez un grand nombre d'enfants, la rougeole avait entraîné la manifestation de l'ophthalmie scrofuleuse ; le registre de l'Institut en offre 5 exemples pour le tableau n° 1, et dans 14 autres cas, la maladie oculaire avait été précédée des affections suivantes, survenues à l'occasion de la rougeole :

De carreau,	1 fois.
De teigne et de croûtes de lait,	6 »
D'engorgements glanduleux,	3 »
De croûtes impétigineuses à l'orifice des narines,	2 »
D'ulcères scrofuleux,	2 »

8 de ces enfants provenaient de familles dans lesquelles la mortalité était grande. M. de Abrêu est arrivé, pour 1844, à des données beaucoup plus positives encore.

Il est digne de remarque que parmi les malades de l'état n° 3, et parmi ceux qui se sont présentés à ma clinique en 1845 (état n° 1), il soit arrivé quatre fois seulement que l'ophthalmie morbilleuse n'ait pas revêtu le caractère scrofuleux.

3) Chez un seul malade, l'ophthalmie s'était manifestée à l'occasion de la coqueluche : ce malade, âgé de dix ans, était né d'un père qui, pour échapper à la conscription, avait épousé, à l'âge de 20 ans, une femme de 47 ans, dont le cou était labouré de cicatrices scrofuleuses.

4) 9 ophthalmies syphilitiques (gonorrhoïques) ont été observées à l'Institut (état n° 1); 10 cas de cette affection sont compris dans l'état n° 3. Trois d'entre ces derniers malades ont été traités en 1844 à Bruxelles; 7 ont reçu mes avis pendant ma tournée. Chez 7 de l'état n° 3, l'affection vénérienne avait exagéré la disposition scrofuleuse, qui s'était antérieurement déjà traduite, chez 3, en maladies scrofuleuses, qui se reproduisaient maintenant plus intenses et plus prononcées. Cette dernière remarque est applicable à 5 des 9 malades de l'état n° 1. Chez 3 autres, une blennorrhée scrofuleuse de l'œil et des engorgements glanduleux ont succédé à la blennorrhagie syphilitique; et chez 1 seul complétant le total de 9 de l'état n° 1, l'infection vénérienne n'a point déterminé la manifestation d'une maladie scrofuleuse.

M. de Abrêu a fait observer dans son *Compte-rendu* pour 1844, que tous les malades traités pour ophthalmie gonorrhoïque pendant cette année ont été pris d'arthrite dite *blennorrhagique* : cette arthrite est venue compliquer la scrofule développée, exagérée par l'infection syphilitique chez 6 de l'état n° 3 (voir la colonne d'observations de cet état et le *Compte-rendu* de M. de Abrêu) et chez 8 de l'état n° 1. Un de ceux-ci, sain jusqu'alors, est entré à l'hôpital St-Jean, et a succombé, depuis sa sortie, à une phthisie tuberculeuse.

5) La menstruation difficile avait dans 7 cas entraîné le développement de maladies scrofuleuses, traduites chez 3, de prime abord, en ophthalmie.

6) Un avortement spontané au cinquième mois d'une première grossesse, chez une fille de 18 ans, saine jusqu'alors, a été suivi d'accidents scrofuleux graves : une ophthalmie qui est intervenue, s'est terminée par la perte irremédiable de l'œil droit.

La sœur de cette fille, mariée dans les environs de Bruxelles, souffrait à la même époque d'une ophthalmie puerpérale (voir l'état n° 3) qui avait déjà déterminé la perte de l'œil gauche lorsqu'elle s'est présentée à ma visite à Woluwe-St-Étienne, accompagnée d'un enfant de deux ans, atteint d'ophthalmie scrofuleuse.

7) La dentition laborieuse a été reconnue 9 fois comme ayant donné une espèce de coup de fouet à la disposition scrofuleuse, et ayant déterminé une ophthalmie suivie, chez 2, précédée, chez les autres, par des engorgements glanduleux sous-maxillaires ou des éruptions de la peau de la face et du cuir chevelu.

8) Les ophthalmies catarrhale, rhumatismale et des armées, doivent aussi être considérées comme activant assez fréquemment la diathèse scrofuleuse : je m'occuperai de cette particularité en traitant de chacune de ces ophthalmies en particulier.

H. — J'ai dit plus haut que certaines rues et ruelles de la capitale et de quelques villes du Brabant, certaines communes ou parties de communes abondent en scrofuleux : les habitations y sont en général fort humides, étroites, encombrées, privées d'air et de lumière ; l'*humidité* est leur *qualité* prédominante, et chez nous, comme partout ailleurs, on a attribué à son influence la fréquence des maladies scrofuleuses parmi les habitants de ces localités. Un examen approfondi, la recherche dans l'ascendance des malheureux qui encombrent nos hôpitaux et les bureaux de consultations gratuites d'affections scrofuleuses de tout genre ; des investigations sur ce qui se passe dans d'autres lieux mieux situés, dont les demeures sont vastes, bien aérées ; l'étude de la maladie dans les classes élevées de la société, viennent démontrer à la dernière évidence que ce ne sont ni aux qualités de l'air, ni à celles des lieux, mais bien plutôt à la vie de privations, et souvent aussi d'intempérance et de dérèglement, qu'il faut demander compte de la fréquence, de l'*endémie*, si on veut l'appeler ainsi, de la scrofule dans les endroits que j'ai signalés.

Les causes nombreuses qui rendent la vie misérable dégradent les générations, et la souche une fois atteinte, elles le sont pour ainsi dire dans une proportion mathématique. A Paris, où ces causes sont si nombreuses, la scrofule se montre, dit M. Lugol, sur des enfants dont les aïeux sont venus dans cette ville pleins de force et de santé, et à dater de ce moment, elle s'y perpétue jusqu'à l'extinction de la famille. Combien Bruxelles n'offre-t-il pas d'exemples de cette nature !

L'*endémie*, puisque c'est là le nom sous lequel on désigne la fréquence de la scrofule dans quelques localités, est surtout favorisée par le défaut de croisement des races (1) : ici ce sont des parents qui s'allient entre eux, unissant leurs misères, à l'imitation de leurs ancêtres ; là, ce sont des malheureux rabougris qui s'accouplent légitimement ou illégitimement.

I. — Je ne m'étendrai pas davantage sur ce sujet : je ferai connaître ailleurs les observations particulières et les faits généraux que j'ai péniblement et soigneusement accumulés, et qui me fournissent, comme à M. Lugol et à notre compatriote M. Van Overloop (2), ce résultat, que la plupart des causes occasionnelles des auteurs n'ont pas d'effet nécessaire, et que lorsque la scrofule se montre sous leur influence, la cause en réside surtout dans la prédisposition des individus ; que lorsque ces causes sont permanentes, elles sont toujours fort nuisibles pour notre espèce, et que les populations qui les supportent ne sauraient avoir des progénitures robustes.

(1) Les Belges proviennent de deux souches principales : la souche germanique qui comprend nos Flamands et les Allemands du Limbourg et du Luxembourg ; la souche gréco-latine à laquelle appartiennent les Wallons. Ceux-ci parlent le français ou un dialecte de cette langue. Ceux-là parlent le bas ou le haut allemand, ou un idiome germanique particulier (Luxembourgeois) dont on retrouve l'analogue dans quelques contrées de Transylvanie. (X. Heuschling, *Essai sur la statistique générale de la Belgique*, 2e éd., p. 25.)— L'ancienne division de notre pays en duchés (de Brabant, de Limbourg, de Luxembourg), comtés (de Flandre, du Hainaut et de Namur), principauté (de Liége), marquisat (d'Anvers), seigneurie (de Malines), ayant leurs subdivisions possédant des lois et des franchises particulières, d'où cet esprit de localité autrefois si prononcé, qui subsiste encore aujourd'hui, des mélanges de sang dus aux dominations étrangères, ont pour le moins autant que la nature diverse des lieux, donné naissance aux besoins, aux goûts, aux habitudes, aux mœurs, aux costumes, aux divertissements qui varient chez nous selon les provinces et certaines fractions de provinces. Il en est résulté en quelque sorte de nouvelles races issues des deux souches primitives. On trouve une physionomie, un mode d'être particuliers chez les Flamands et chez les Wallons; mais il existe encore des différences tranchées entre les Flamands proprement dits, les Brabançons, les Anversois, les Campinois, etc., qui parlent des idiomes d'une même langue : la même différence existe pour les Wallons du pays de Liége, du pays de Verviers, de l'ancien comté de Namur, des Ardennes, du Borinage, du bassin de Charleroi, du Tournaisis, etc., les Allemands du Limbourg n'ont rien de ceux du Luxembourg.

(2) *Remarques pratiques sur les scrofules*, dans les *Annales de la Société de Médecine de Gand*, année 1842, p. 160.

§ III. Formes sous lesquelles se produisent les ophthalmies scrofuleuses. — Leur fréquence proportionnelle. — Influence des professions et des saisons, etc.

A. — Je me suis attaché, dans ce qui précède, à faire ressortir la grande fréquence, pour ne pas dire la généralité de la disposition scrofuleuse ; j'ai cherché à en expliquer la cause.

Les chiffres que j'ai invoqués témoignent en outre que de toutes les dyscrasies, la scrofule est celle qui se traduit le plus communément en maladie oculaire (1). Il me reste à signaler les formes sous lesquelles elle se manifeste dans ce dernier cas.

1) Un fait d'une haute importance pour le traitement, et dont je ne veux parler ici que sous un autre point de vue, c'est qu'il existe deux espèces de disposition scrofuleuse :

L'une *délicate, irritable, éréthistique* ;
L'autre *indolente, phlegmatique, torpide.*

Les caractères de ces deux espèces ont été très-exactement décrits par M. Sichel (2), que je vais copier :

a) « Les individus scrofuleux *d'une constitution délicate* se dis-
« tinguent par une taille grêle, une figure plus souvent ovalaire
« qu'arrondie, une mâchoire inférieure peu large, les lèvres de pro-
« portions ordinaires, des traits à contours fins, un teint blanc et
« d'un rouge-vermillon, une grande érectilité du système vascu-
« laire, le développement du crâne, une intelligence précoce, une
« mobilité d'esprit extraordinaire, des dents blanches et belles, des
« cheveux blonds, le cou long, une poitrine plus longue que large,
« la hauteur des épaules, et enfin par la maigreur générale.

b) Les individus scrofuleux *à constitution torpide* sont au con-
« traire indolents ; leur peau est empâtée et laxe, leurs chairs sont
« flasques ; toute l'architecture de leur corps a quelque chose de
« grossier ; l'expression de leur figure est hébétée, stupide ; ils ont

(1) C'est là ce que M. Andreae a si bien exprimé, *loc. cit.* : *Keine von allen Dyscrasien nimmt so gern ihre Richtung nach den Augen, wie die Scrofeln.* »

(2) *Traité de l'Ophthalmie, la Cataracte et l'Amaurose*, p. 367 et suiv.

l'Angleterre, de MM. Aug. Schöpf (1), Rechnitz et Esze (2) pour la Hongrie, de M. Ruete (3) et d'une multitude d'autres écrivains pour le nord de l'Allemagne, la Suède, la Norwège et le Danemarck, on doit reconnaître que la Belgique est loin d'être plus mal traitée que ces contrées. Il est connu que les maladies scrofuleuses sont moins fréquentes chez nous que chez nos voisins, les Hollandais (4).

§ II. — Causes de la scrofule.

A. — Ici se présente une question de la plus haute importance. Faut-il rapporter la fréquence de la scrofule aux agents extérieurs au milieu desquels nous vivons, qui modifient sans cesse les individus et peuvent dans certaines circonstances altérer la santé d'une manière très-profonde? L'air respiré, certaines localités, certaines maladies, peuvent-elles engendrer la scrofule?

B. — M. Lugol, chirurgien de l'hôpital St-Louis, à Paris, où abondent les scrofuleux, s'est livré à ce sujet aux recherches les plus circonstanciées. Il est arrivé à établir que la scrofule se développe, dans le plus grand nombre des cas, sans causes extérieures appréciables, au milieu même des conditions hygiéniques les plus propres à fortifier la santé; qu'elle se montre à l'occasion de certaines maladies dont elle ne tire pourtant point son origine; qu'elle règne d'une manière endémique dans quelques localités, sans qu'on sache encore par quelle raison; que dans des ateliers de travail où toutes les causes occasionnelles de maladies sont pour ainsi dire accumulées, les effets de ces causes, d'ailleurs si nuisibles à la santé générale, semblent ne revêtir les caractères de la scrofule que *par la voie de la génération*. Il serait donc au moins permis de douter que les causes extérieures soient pleinement génératrices de la scrofule; l'*hérédité* serait la cause la plus commune, la plus évidente.

Ma visite dans les chefs-lieux de canton, en 1844, fut annoncée au moment où venait de paraître le livre de M. le docteur Lugol (5).

(1) *Magyar orvos-sebészi és természettudomanyi Evkönyvek*, Kiadja és szerkeszti Dr Schöpf Auguszt. Pesth, 1844, p. 130.

(2) *Passim*, dans le journal : *Orvosi Tár. A budapesti királyi orvosegyesület közös munkálatával*. Szerkesztik és kiadjak Pr. Bugat és Dr Flor.

(3) *Die Scrofelkrankheit*, *insbesondere die scrofulöse Augenentzündung*. Göttingen, 1838.

(4) Voir Guislain, *Lettre médicale sur la Hollande*. Gand, 1842, § II.

(5) *Recherches et Observations sur les causes des maladies scrofuleuses*, 1 vol. in-8° de 372 pages. Paris, 1844, chez Fortin, Masson et comp.

La doctrine émise par ce savant se trouvait en opposition avec les opinions généralement reçues, avec ce qui m'avait été enseigné par mes maîtres, avec ce que je croyais m'avoir été démontré par une pratique de quinze années. J'ai voulu vérifier ses assertions, dans l'espoir que le résultat de mes investigations pourrait être de quelque utilité en éclairant et l'administration et les hommes de science : j'ai depuis cette époque activement poursuivi mes recherches.

Je ne peux, dans une lettre purement administrative, entrer dans tous les détails que comporte la question si importante de l'étiologie de la scrofule, qui est considérée avec fondement *comme le principe le plus actif de la destruction de l'espèce humaine*; je devrais pour cela me livrer à une digression scientifique qui trouvera mieux sa place dans un travail spécial que j'ai préparé, et auquel je mettrai la dernière main dès que l'état de ma santé le permettra.

C. — *a*) Je me bornerai à vous faire connaître que dans la majeure partie des cas où j'ai eu devant moi des parents d'enfants porteurs de maladies scrofuleuses des yeux (et je dois vous rappeler que les enfants formaient l'immense majorité des individus atteints d'affection de cette nature, voir § I, B et E), j'ai pu constater les caractères essentiels que M. Lugol assigne à l'hérédité :

1) La généralité de la maladie dans la famille, reconnaissable à la complexion scrofuleuse, ou de famille ;

2) La mortalité qu'elle y développe, surtout parmi les enfants en bas âge.

D. *a*) — L'hérédité doit être étudiée dans la famille, dans les diverses branches dont elle se compose, dans les diverses branches issues d'une origine commune, et dans la santé particulière des différents lits. C'est là un labeur immense : aussi ne dirai-je pas que je l'ai accompli pour tous ; je me suis borné, dans un assez grand nombre de cas où cela m'a paru utile, à rechercher ces renseignements divers, qui établissent que les causes d'hérédité sont transmises par des parents qui en ont eux-mêmes hérité.

b) Ces parents que je pouvais examiner m'ont permis de vérifier cette remarque de Himly (1), que la disposition aux ophthalmies scrofuleuses est héréditaire : il en est de ces maladies comme de la

(1) *Die Krankheiten und Missbildungen des menschlichen Auges*. Berlin, 1841, vol. I, p. 475.

phthisie, de la carie, des tumeurs blanches, des otorrhées, etc., héréditaires dans certaines familles scrofuleuses.

c) Dans la majeure partie des cas, le père ou la mère m'a appris que, dans son jeune âge, il avait souffert du mal pour lequel il me présentait son enfant.

La généralité de l'ophthalmie existait alors dans la famille : ici encore on rencontre ce qui s'observe tous les jours pour les diverses affections que je viens de citer.

Voici ce que j'ai noté au sujet des liens de parenté.

État n° 1.

Les liens de parenté de 18 de ces malades se trouvent ainsi établis :

2	fois	les 2 sœurs,
2	»	1 frère et 1 sœur,
1	»	2 sœurs,
1	»	2 frères,
1	»	la tante et la nièce,
1	»	le cousin et la cousine,
1	»	les deux cousines.

État n° 3.

La parenté se trouve représentée par :

3	frères	et	2	sœurs,	1	fois,
2	»	»	1	»	2	»
1	»	»	1	»	3	»
2	»	»	1	»	2	»
»	»	»	2	»	3	»
»	»	»	4	»	1	»
1	mère	»	1	fille,	1	»
1	tante	»	2	nièces,	1	»
1	cousin	»	1	cousine,	2	»
2	cousines,				2	»
2	cousins,				1	»
3	parents à divers degrés.				1	»

Un plus grand nombre de parents, proches ou éloignés, ont pu se présenter ; je ne livre ici que les notes consignées au livre.

L'identité de forme des ophthalmies dans une famille s'explique par l'identité assez ordinaire de la constitution (voir § III, A 1) des individus qui la composent.

E. — Il existe un autre ordre de causes héréditaires dans lequel l'homme originairement bien constitué peut acquérir certains états de santé qu'il transmet à ses enfants sous quelques-unes des formes de la scrofule, en sorte qu'il devient lui-même la source, l'origine d'une famille scrofuleuse dont il constitue la souche. M. Lugol a cité à l'appui de cette assertion de nombreux exemples dont on retrouve parmi nous les plus fréquents analogues. Cet ordre de causes comprend, d'après cet auteur, les états de santé dans lesquels la faculté de reproduction est affaiblie ou dégradée : tels sont surtout la syphi-

lis, l'abus des plaisirs vénériens, les mariages précoces et tardifs, la trop grande disproportion dans l'âge et la force des deux époux, certaines maladies (l'épilepsie, la paralysie, l'aliénation mentale, etc.).

F) Voici quelques particularités qui confirment l'ordre étiologique dont il est ici question :

1) La complication avec la syphilis congénitale a fourni le chiffre de 6 dans l'état nº 3. Cinq de ces malades étaient de Nivelles, Louvain, Diest et Tirlemont, et j'ai constaté, avec MM. les docteurs Lanthier, à Louvain, Vervoort, à Diest, De Wilde et Swartebroeckx, à Tirlemont, que, chez 4 d'entre eux, le père (1 fois), la mère (1 fois), ou tous deux ensemble (1 fois), présentaient actuellement encore des signes évidents de syphilis secondaire ou tertiaire.

M. Noeggerath, qui a été mon adjoint pendant les premiers mois de 1845, a reconnu des accidents secondaires ou tertiaires de syphilis chez 5 mères et 2 pères qui accompagnaient leurs enfants affectés d'ophthalmie scrofuleuse : j'ai moi-même recueilli la même donnée 1 fois chez le père et la mère, 1 fois chez le père, 1 fois chez la mère.

Ces 10 cas, dans lesquels M. Noeggerath et moi nous avons reconnu la syphilis chez les parents, ont fourni 2 complications de syphilis congénitale.

2) Il est connu que les mariages précoces et tardifs, la disproportion d'âge et de force des époux procurent le plus ordinairement une progéniture chétive. La plupart du temps, on peut constater, dès la première génération, la scrofule chez des enfants issus de parents ainsi unis, qui ne présentent, ni l'un ni l'autre, aucun signe de disposition scrofuleuse. Si cette disposition existe chez eux ou chez l'un d'eux, la mortalité est excessive dans leur descendance, qui est sujette, dès l'âge le plus tendre, à des maladies scrofuleuses graves, parmi lesquelles figurent surtout celles des poumons, des os et des yeux. Je pourrais accumuler les exemples de cette nature.

3) Je n'ai pu recueillir que deux faits applicables à l'influence de l'épilepsie ; je n'ai rien noté qui fût relatif à l'aliénation mentale, ou à la paralysie, etc.

4) On a vu ci-dessus (§ 1, B et D) que 21 orphelins, 8 enfants trouvés, 12 enfants naturels ou illégitimes, sont compris dans le total des ophthalmies scrofuleuses *pures* ou *mixtes* des états n° 1 et n° 3. M. Lugol établit, à l'aide du raisonnement suivant, dont on ne saurait contester la valeur, que l'hérédité doit jouer chez ces enfants le rôle principal dans la production de la disposition scrofuleuse. « Quels sont, se de« mande le savant observateur parisien, les parents des enfants « trouvés ? Les mères sont pour la plupart des jeunes filles pauvres, sé« duites, obligées de fuir la maison paternelle, accablées de chagrin, « exposées aux privations, aux fatigues de toute espèce, et souvent in« fectées de maladies syphilitiques. On en voit qui, pour faire dispa« raître les apparences de leur malheureuse position, ont recours à « des corsets très-serrés et même à des tentatives réitérées d'avorte« ment, qui ont toujours pour effet d'entraver l'évolution régulière de « l'embryon. — Les pères, qui gardent l'anonyme, sont ordinairement « des hommes qui vivent dans l'intempérance des plaisirs vénériens, « une des causes les plus puissantes de la dégradation de la géné« ration. — Quant aux orphelins (et aux enfants abandonnés), leurs « pères et mères sont tellement maltraités par la misère et les mala« dies, qu'ils sont obligés de se défaire de leurs enfants. Ce sont là, il « faut en convenir, les plus mauvaises conditions pour la procréa« tion d'enfants robustes et bien portants. En outre, les parents « sont généralement morts jeunes et de maladie, à quelques excep« tions près de mort violente, à laquelle ils peuvent être exposés par « leur profession. Mais quelles sont les maladies qui font périr les « parents jeunes ? Ce sont, en premier lieu, les maladies scrofu« leuses, et plus particulièrement la phthisie pulmonaire, qui les « moisonnent si jeunes et en si grand nombre. »

5) J'ai été surpris de voir M. Lugol passer sous silence deux causes héréditaires qui appartiennent à la classe étiologique dont je m'occupe ici : j'entends parler de la goutte et du rhumatisme articulaire chronique.

a) La disposition goutteuse, ou plutôt *arthritique*, est pour ainsi dire habituelle, dans notre pays, chez les individus qui exercent des professions sédentaires, qui se gorgent d'aliments de mauvaise nature, commettent de fréquents excès vénériens, usent immodérément, soit d'habitude, soit par intervalles, de bière et d'alcooliques, et qui habitent des maisons froides, humides. M. le docteur Sebastian, professeur

à la Faculté de médecine de Groningue, a fait la remarque (1) que, en Hollande, les enfants qui naissent de parents goutteux sont, pour la plupart, scrofuleux. Cette observation s'applique à notre pays. Je n'en veux pour preuve que cette circonstance, que 13 enfants atteints d'ophthalmie scrofuleuse (état n° 1) avaient pour parents des individus affectés

	Hommes.	Femmes.
De choroïdite arthritique	3	2
De glaucôme »	4	4

et exerçant tous des professions sédentaires (tailleurs d'habits, 2 ; cordonniers, 2 ; serrurier, 1 ; tisserand, 1 ; cuisinier, 1 ; — couturières, 2 ; repasseuse, 1 ; cabaretière, 1 ; dentellière, 1 ; ouvreuse de loges, 1). C'est dans mes recherches sur l'ascendance que j'ai rencontré ces malades, dont 3 n'avaient jusque-là réclamé les soins de qui que ce fût pour leur affection oculaire.

Sur les 7 pères, 2 s'étaient alliés à des femmes scrofuleuses ; ils avaient eu 12 enfants : 6 étaient morts. Les 6 qui survivaient étaient :

3 affectés d'ophthalmie scrofuleuse ;
1 » d'engorgements glanduleux ;
1 » de teigne et d'ulcères scrofuleux ;
l'autre était adulte et atteint de phthisie.

Les 5 autres avaient épousé des femmes saines : ils avaient eu 14 enfants ; 4 étaient morts : les 10 survivants étaient :

4 sains en apparence (adultes);
4 affectés d'ophthalmie, 3 avec combinaison arthritique ;
1 » de carreau ;
1 » de teigne.

Sur les 6 mères, 3 avaient pour maris des scrofuleux (1 venait de succomber à une phthisie tuberculeuse) : la progéniture de ces 3 familles comprenait 17 enfants, dont 9 morts ; les 8 qui subsistaient étaient :

6 atteints d'ophthalmie scrofuleuse,
2 adultes avaient la vision embarrassée par des taches résultant de l'ophthalmie scrofuleuse.

(1) *Over de Overeenkomst en het Verschil tusschen de Jicht en de Scrophulosis.* Groningen, 1858, p. 2.

Les maris des 3 autres femmes paraissaient sains. Leur descendance se composait de 10 enfants, dont 2 morts ; les 8 survivants étaient :

3 atteints d'ophthalmie ;
1 adulte avait subi l'amputation de la jambe pour une tumeur blanche ;
1 adulte se mourait de phthisie tuberculeuse.

Des 2 autres adultes, l'un paraissait sain : l'autre avait souffert, à l'âge de six ans, d'une ophthalmie qui avait déterminé la perte de l'œil droit, et était actuellement abîmé par le rhumatisme.

Il est à remarquer que sur ces 13 mariages, 7 avaient été accomplis les deux époux étant âgés de plus de 30 ans ; deux autres, la femme âgée de plus de 30 ans, le mari de moins de 20 ; dans les 4 autres, le mari avait dépassé 30 ans : la femme était âgée de moins de 20 ans, 2 fois ; de moins de 25 ans, 2 fois.

Dans aucun cas, il n'y avait eu de seconde union.

La disposition arthritique n'a été remarquée, dans aucun de ces cas, en même temps chez la femme et chez le mari.

b) La goutte, ou plutôt l'arthritisme, est une maladie qui devient, comme la scrofule, un legs de famille : sous notre ciel, comme sous celui de la Hollande, ces deux affections offrent entre elles de nombreux points d'analogie, esquissés avec le plus admirable talent d'observation par mon ancien maître, M. Sebastian ; et l'on conçoit facilement que la scrofule soit, dans un grand nombre de cas, l'héritage des enfants nés de parents goutteux, et que la mortalité et les affections scrofuleuses soient des plus fréquentes chez les enfants nés de parents, l'un arthritique, l'autre scrofuleux, surtout si la disproportion d'âge et de force vient se joindre à ces conditions.

c.) Le rhumatisme articulaire chronique est fort commun parmi certaines classes d'ouvriers qui doivent subir, sans pouvoir s'y soustraire, les funestes influences des variations brusques de température, qui doivent travailler exposés au froid et à l'humidité, à la pluie, au vent, aux courants d'air, et dont les habitations sont pardessus tout froides et humides.

Mes recherches apprennent que l'observation de M. Sebastian est applicable au rhumatisme articulaire : la combinaison rhumatismale s'est présentée 123 fois sur les 267 ophthalmies scrofuleuses indiquées dans l'état n° 3, et 41 fois sur les 103 indiquées dans l'état n° 1. Il existait 10 complications scrofuleuses parmi les 43

ophthalmies rhumatismales de l'état n° 3, et 8 parmi les 34 de l'état n° 1. Des renseignements positifs ont démontré l'existence du rhumatisme articulaire chez le père 10 fois, chez la mère 5 fois, chez le père et la mère 2 fois; 6 d'entre ces parents avaient hérité de la disposition qui existait dans leur famille. Ces derniers seuls présentaient une habitude scrofuleuse.

Il arrive tous les jours que des frères, des sœurs d'individus affectés d'ophthalmies scrofuleuses viennent me consulter pour des ophthalmies rhumatismales, et *vice-versâ*; tous les jours aussi je fais la remarque que les ophthalmies, chez ces malades, deviennent bientôt combinées, passent à l'état de scrofuloso-rhumatismales, ou rhumato-scrofuleuses. Il suffit de parcourir les salles de nos hôpitaux pour constater chez des scrofuleux cette coïncidence dans des affections d'autres parties que l'œil, et pour reconnaître l'existence de la cause héréditaire que je signale ici.

G. — J'ai porté mon attention sur les causes pathologiques et sur les causes externes généralement considérées comme productrices de la scrofule : ces causes hâtent, c'est un fait certain, le développement de la scrofule; mais elles ne la produisent pas chez un enfant qui n'en a pas apporté le germe en naissant.

Voici mes preuves pour les causes pathologiques :

1) Dans trois cas seulement j'ai pu noter que la disposition scrofuleuse s'était manifestée à l'occasion de la variole; il s'agissait de deux enfants et d'un adulte : ce dernier a subi, il y a quelque temps, l'amputation de la jambe pour une carie de l'articulation du pied; l'un des deux enfants souffrait d'ophthalmie et d'otorrhée; l'autre a conservé des engorgements glanduleux et un empâtement considérable de la lèvre supérieure.

2) Chez un grand nombre d'enfants, la rougeole avait entraîné la manifestation de l'ophthalmie scrofuleuse; le registre de l'Institut en offre 5 exemples pour le tableau n° 1, et dans 14 autres cas, la maladie oculaire avait été précédée des affections suivantes, survenues à l'occasion de la rougeole :

De carreau,	1 fois.
De teigne et de croûtes de lait,	6 »
D'engorgements glanduleux,	3 »
De croûtes impétigineuses à l'orifice des narines,	2 »
D'ulcères scrofuleux,	2 »

8 de ces enfants provenaient de familles dans lesquelles la mortalité était grande. M. de Abréu est arrivé, pour 1844, à des données beaucoup plus positives encore.

Il est digne de remarque que parmi les malades de l'état n° 3, et parmi ceux qui se sont présentés à ma clinique en 1845 (état n° 1), il soit arrivé quatre fois seulement que l'ophthalmie morbilleuse n'ait pas revêtu le caractère scrofuleux.

3) Chez un seul malade, l'ophthalmie s'était manifestée à l'occasion de la coqueluche : ce malade, âgé de dix ans, était né d'un père qui, pour échapper à la conscription, avait épousé, à l'âge de 20 ans, une femme de 47 ans, dont le cou était labouré de cicatrices scrofuleuses.

4) 9 ophthalmies syphilitiques (gonorrhoïques) ont été observées à l'Institut (état n° 1) ; 10 cas de cette affection sont compris dans l'état n° 3. Trois d'entre ces derniers malades ont été traités en 1844 à Bruxelles ; 7 ont reçu mes avis pendant ma tournée. Chez 7 de l'état n° 3, l'affection vénérienne avait exagéré la disposition scrofuleuse, qui s'était antérieurement déjà traduite, chez 3, en maladies scrofuleuses, qui se reproduisaient maintenant plus intenses et plus prononcées. Cette dernière remarque est applicable à 5 des 9 malades de l'état n° 1. Chez 3 autres, une blennorrhée scrofuleuse de l'œil et des engorgements glanduleux ont succédé à la blennorrhagie syphilitique ; et chez 1 seul complétant le total de 9 de l'état n° 1, l'infection vénérienne n'a point déterminé la manifestation d'une maladie scrofuleuse.

M. de Abréu a fait observer dans son *Compte-rendu* pour 1844, que tous les malades traités pour ophthalmie gonorrhoïque pendant cette année ont été pris d'arthrite dite *blennorrhagique* : cette arthrite est venue compliquer la scrofule développée, exagérée par l'infection syphilitique chez 6 de l'état n° 3 (voir la colonne d'observations de cet état et le *Compte-rendu* de M. de Abréu) et chez 8 de l'état n° 1. Un de ceux-ci, sain jusqu'alors, est entré à l'hôpital St-Jean, et a succombé, depuis sa sortie, à une phthisie tuberculeuse.

5) La menstruation difficile avait dans 7 cas entraîné le développement de maladies scrofuleuses, traduites chez 3, de prime abord, en ophthalmie.

6) Un avortement spontané au cinquième mois d'une première grossesse, chez une fille de 18 ans, saine jusqu'alors, a été suivi d'accidents scrofuleux graves : une ophthalmie qui est intervenue, s'est terminée par la perte irremédiable de l'œil droit.

La sœur de cette fille, mariée dans les environs de Bruxelles, souffrait à la même époque d'une ophthalmie puerpérale (voir l'état n° 3) qui avait déjà déterminé la perte de l'œil gauche lorsqu'elle s'est présentée à ma visite à Woluwe-St-Étienne, accompagnée d'un enfant de deux ans, atteint d'ophthalmie scrofuleuse.

7) La dentition laborieuse a été reconnue 9 fois comme ayant donné une espèce de coup de fouet à la disposition scrofuleuse, et ayant déterminé une ophthalmie suivie, chez 2, précédée, chez les autres, par des engorgements glanduleux sous-maxillaires ou des éruptions de la peau de la face et du cuir chevelu.

8) Les ophthalmies catarrhale, rhumatismale et des armées, doivent aussi être considérées comme activant assez fréquemment la diathèse scrofuleuse : je m'occuperai de cette particularité en traitant de chacune de ces ophthalmies en particulier.

H. — J'ai dit plus haut que certaines rues et ruelles de la capitale et de quelques villes du Brabant, certaines communes ou parties de communes abondent en scrofuleux : les habitations y sont en général fort humides, étroites, encombrées, privées d'air et de lumière ; l'*humidité* est leur *qualité* prédominante, et chez nous, comme partout ailleurs, on a attribué à son influence la fréquence des maladies scrofuleuses parmi les habitants de ces localités. Un examen approfondi, la recherche dans l'ascendance des malheureux qui encombrent nos hôpitaux et les bureaux de consultations gratuites d'affections scrofuleuses de tout genre ; des investigations sur ce qui se passe dans d'autres lieux mieux situés, dont les demeures sont vastes, bien aérées ; l'étude de la maladie dans les classes élevées de la société, viennent démontrer à la dernière évidence que ce ne sont ni aux qualités de l'air, ni à celles des lieux, mais bien plutôt à la vie de privations, et souvent aussi d'intempérance et de dérèglement, qu'il faut demander compte de la fréquence, de l'*endémie*, si on veut l'appeler ainsi, de la scrofule dans les endroits que j'ai signalés.

Les causes nombreuses qui rendent la vie misérable dégradent les générations, et la souche une fois atteinte, elles le sont pour ainsi dire dans une proportion mathématique. A Paris, où ces causes sont si nombreuses, la scrofule se montre, dit M. Lugol, sur des enfants dont les aïeux sont venus dans cette ville pleins de force et de santé, et à dater de ce moment, elle s'y perpétue jusqu'à l'extinction de la famille. Combien Bruxelles n'offre-t-il pas d'exemples de cette nature !

L'*endémie*, puisque c'est là le nom sous lequel on désigne la fréquence de la scrofule dans quelques localités, est surtout favorisée par le défaut de croisement des races (1) : ici ce sont des parents qui s'allient entre eux, unissant leurs misères, à l'imitation de leurs ancêtres ; là, ce sont des malheureux rabougris qui s'accouplent légitiment ou illégitimement.

I. — Je ne m'étendrai pas davantage sur ce sujet : je ferai connaître ailleurs les observations particulières et les faits généraux que j'ai péniblement et soigneusement accumulés, et qui me fournissent, comme à M. Lugol et à notre compatriote M. Van Overloop (2), ce résultat, que la plupart des causes occasionnelles des auteurs n'ont pas d'effet nécessaire, et que lorsque la scrofule se montre sous leur influence, la cause en réside surtout dans la prédisposition des individus ; que lorsque ces causes sont permanentes, elles sont toujours fort nuisibles pour notre espèce, et que les populations qui les supportent ne sauraient avoir des progénitures robustes.

(1) Les Belges proviennent de deux souches principales : la souche germanique qui comprend nos Flamands et les Allemands du Limbourg et du Luxembourg ; la souche gréco-latine à laquelle appartiennent les Wallons. Ceux-ci parlent le français ou un dialecte de cette langue. Ceux-là parlent le bas ou le haut allemand, ou un idiome germanique particulier (Luxembourgeois) dont on retrouve l'analogue dans quelques contrées de Transylvanie. (X. Heuschling, *Essai sur la statistique générale de la Belgique*, 2e éd., p. 25.)— L'ancienne division de notre pays en duchés (de Brabant, de Limbourg, de Luxembourg), comtés (de Flandre, du Hainaut et de Namur), principauté (de Liége), marquisat (d'Anvers), seigneurie (de Malines), ayant leurs subdivisions possédant des lois et des franchises particulières, d'où cet esprit de localité autrefois si prononcé, qui subsiste encore aujourd'hui, des mélanges de sang dus aux dominations étrangères, ont pour le moins autant que la nature diverse des lieux, donné naissance aux besoins, aux goûts, aux habitudes, aux mœurs, aux costumes, aux divertissements qui varient chez nous selon les provinces et certaines fractions de provinces. Il en est résulté en quelque sorte de nouvelles races issues des deux souches primitives. On trouve une physionomie, un mode d'être particuliers chez les Flamands et chez les Wallons; mais il existe encore des différences tranchées entre les Flamands proprement dits, les Brabançons, les Anversois, les Campinois, etc., qui parlent des idiomes d'une même langue : la même différence existe pour les Wallons du pays de Liége, du pays de Verviers, de l'ancien comté de Namur, des Ardennes, du Borinage, du bassin de Charleroi, du Tournaisis, etc., les Allemands du Limbourg n'ont rien de ceux du Luxembourg.

(2) *Remarques pratiques sur les scrofules*, dans les *Annales de la Société de Médecine de Gand*, année 1842, p. 160.

§ III. Formes sous lesquelles se produisent les ophthalmies scrofuleuses. — Leur fréquence proportionnelle. — Influence des professions et des saisons, etc.

A. — Je me suis attaché, dans ce qui précède, à faire ressortir la grande fréquence, pour ne pas dire la généralité de la disposition scrofuleuse ; j'ai cherché à en expliquer la cause.

Les chiffres que j'ai invoqués témoignent en outre que de toutes les dyscrasies, la scrofule est celle qui se traduit le plus communément en maladie oculaire (1). Il me reste à signaler les formes sous lesquelles elle se manifeste dans ce dernier cas.

1) Un fait d'une haute importance pour le traitement, et dont je ne veux parler ici que sous un autre point de vue, c'est qu'il existe deux espèces de disposition scrofuleuse :

L'une *délicate, irritable, éréthistique* ;
L'autre *indolente, phlegmatique, torpide.*

Les caractères de ces deux espèces ont été très-exactement décrits par M. Sichel (2), que je vais copier :

a) « Les individus scrofuleux *d'une constitution délicate* se dis-
« tinguent par une taille grêle, une figure plus souvent ovalaire
« qu'arrondie, une mâchoire inférieure peu large, les lèvres de pro-
« portions ordinaires, des traits à contours fins, un teint blanc et
« d'un rouge-vermillon, une grande érectilité du système vascu-
« laire, le développement du crâne, une intelligence précoce, une
« mobilité d'esprit extraordinaire, des dents blanches et belles, des
« cheveux blonds, le cou long, une poitrine plus longue que large,
« la hauteur des épaules, et enfin par la maigreur générale.

b) Les individus scrofuleux *à constitution torpide* sont au con-
« traire indolents ; leur peau est empâtée et laxe, leurs chairs sont
« flasques ; toute l'architecture de leur corps a quelque chose de
« grossier ; l'expression de leur figure est hébétée, stupide ; ils ont

(1) C'est là ce que M. Andreae a si bien exprimé, *loc. cit.* : *Keine von allen Dyscrasien nimmt so gern ihre Richtung nach den Augen, wie die Scrofeln.* »

(2) *Traité de l'Ophthalmie, la Cataracte et l'Amaurose*, p. 367 et suiv.

l'Angleterre, de MM. Aug. Schöpf (1), Rechnitz et Esze (2) pour la Hongrie, de M. Ruete (3) et d'une multitude d'autres écrivains pour le nord de l'Allemagne, la Suède, la Norwège et le Danemarck, on doit reconnaître que la Belgique est loin d'être plus mal traitée que ces contrées. Il est connu que les maladies scrofuleuses sont moins fréquentes chez nous que chez nos voisins, les Hollandais (4).

§ II. — Causes de la scrofule.

A. — Ici se présente une question de la plus haute importance. Faut-il rapporter la fréquence de la scrofule aux agents extérieurs au milieu desquels nous vivons, qui modifient sans cesse les individus et peuvent dans certaines circonstances altérer la santé d'une manière très-profonde ? L'air respiré, certaines localités, certaines maladies, peuvent-elles engendrer la scrofule ?

B. — M. Lugol, chirurgien de l'hôpital St-Louis, à Paris, où abondent les scrofuleux, s'est livré à ce sujet aux recherches les plus circonstanciées. Il est arrivé à établir que la scrofule se développe, dans le plus grand nombre des cas, sans causes extérieures appréciables, au milieu même des conditions hygiéniques les plus propres à fortifier la santé ; qu'elle se montre à l'occasion de certaines maladies dont elle ne tire pourtant point son origine ; qu'elle règne d'une manière endémique dans quelques localités, sans qu'on sache encore par quelle raison ; que dans des ateliers de travail où toutes les causes occasionnelles de maladies sont pour ainsi dire accumulées, les effets de ces causes, d'ailleurs si nuisibles à la santé générale, semblent ne revêtir les caractères de la scrofule que *par la voie de la génération*. Il serait donc au moins permis de douter que les causes extérieures soient pleinement génératrices de la scrofule ; l'*hérédité* serait la cause la plus commune, la plus évidente.

Ma visite dans les chefs-lieux de canton, en 1844, fut annoncée au moment où venait de paraître le livre de M. le docteur Lugol (5).

(1) *Magyar orvos-sebészi és termeszéttudomanyi Evkönyvek*, Kiadja és szerkeszti Dr Schöpf Auguszt. Pesth, 1844, p. 130.

(2) *Passim*, dans le journal : *Orvasi Tár. A budapesti királyi orvosegyesület közös munkálatával*. Szerkesztik és kiadjak Pr. Bugat és Dr Flor.

(3) *Die Scrofelkrankheit, insbesondere die scrofulöse Augenentzündung*. Göttingen, 1838.

(4) Voir Guislain, *Lettre médicale sur la Hollande*. Gand, 1842, § II.

(5) *Recherches et Observations sur les causes des maladies scrofuleuses*, 1 vol. in-8° de 372 pages. Paris, 1844, chez Fortin, Masson et comp.

La doctrine émise par ce savant se trouvait en opposition avec les opinions généralement reçues, avec ce qui m'avait été enseigné par mes maîtres, avec ce que je croyais m'avoir été démontré par une pratique de quinze années. J'ai voulu vérifier ses assertions, dans l'espoir que le résultat de mes investigations pourrait être de quelque utilité en éclairant et l'administration et les hommes de science : j'ai depuis cette époque activement poursuivi mes recherches.

Je ne peux, dans une lettre purement administrative, entrer dans tous les détails que comporte la question si importante de l'étiologie de la scrofule, qui est considérée avec fondement *comme le principe le plus actif de la destruction de l'espèce humaine*; je devrais pour cela me livrer à une digression scientifique qui trouvera mieux sa place dans un travail spécial que j'ai préparé, et auquel je mettrai la dernière main dès que l'état de ma santé le permettra.

C. — *a*) Je me bornerai à vous faire connaître que dans la majeure partie des cas où j'ai eu devant moi des parents d'enfants porteurs de maladies scrofuleuses des yeux (et je dois vous rappeler que les enfants formaient l'immense majorité des individus atteints d'affection de cette nature, voir § I, B et E), j'ai pu constater les caractères essentiels que M. Lugol assigne à l'hérédité :

1) La généralité de la maladie dans la famille, reconnaissable à la complexion scrofuleuse, ou de famille ;

2) La mortalité qu'elle y développe, surtout parmi les enfants en bas âge.

D. *a*) — L'hérédité doit être étudiée dans la famille, dans les diverses branches dont elle se compose, dans les diverses branches issues d'une origine commune, et dans la santé particulière des différents lits. C'est là un labeur immense : aussi ne dirai-je pas que je l'ai accompli pour tous ; je me suis borné, dans un assez grand nombre de cas où cela m'a paru utile, à rechercher ces renseignements divers, qui établissent que les causes d'hérédité sont transmises par des parents qui en ont eux-mêmes hérité.

b) Ces parents que je pouvais examiner m'ont permis de vérifier cette remarque de Himly (1), que la disposition aux ophthalmies scrofuleuses est héréditaire : il en est de ces maladies comme de la

(1) *Die Krankheiten und Missbildungen des menschlichen Auges*. Berlin, 1841, vol. I, p. 475.

phthisie, de la carie, des tumeurs blanches, des otorrhées, etc., héréditaires dans certaines familles scrofuleuses.

c) Dans la majeure partie des cas, le père ou la mère m'a appris que, dans son jeune âge, il avait souffert du mal pour lequel il me présentait son enfant.

La généralité de l'ophthalmie existait alors dans la famille : ici encore on rencontre ce qui s'observe tous les jours pour les diverses affections que je viens de citer.

Voici ce que j'ai noté au sujet des liens de parenté.

État n° 1.

Les liens de parenté de 18 de ces malades se trouvent ainsi établis :

2	fois	les 2 sœurs,
2	»	1 frère et 1 sœur,
1	»	2 sœurs,
1	»	2 frères,
1	»	la tante et la nièce,
1	»	le cousin et la cousine,
1	»	les deux cousines.

État n° 3.

La parenté se trouve représentée par :

3 frères	et	2	sœurs,	1	fois,
2 »	»	1	»	2	»
1 »	»	1	»	3	»
2 »	»	«	»	2	»
» »	»	2	»	3	»
» »	»	4	»	1	»
1 mère	»	1 fille,		1	»
1 tante	»	2 nièces,		1	»
1 cousin	»	1 cousine,		2	»
2 cousines,				2	»
2 cousins,				1	»
3 parents à divers degrés.				1	»

Un plus grand nombre de parents, proches ou éloignés, ont pu se présenter ; je ne livre ici que les notes consignées au livre.

L'identité de forme des ophthalmies dans une famille s'explique par l'identité assez ordinaire de la constitution (voir § III, A 1) des individus qui la composent.

E. — Il existe un autre ordre de causes héréditaires dans lequel l'homme originairement bien constitué peut acquérir certains états de santé qu'il transmet à ses enfants sous quelques-unes des formes de la scrofule, en sorte qu'il devient lui-même la source, l'origine d'une famille scrofuleuse dont il constitue la souche. M. Lugol a cité à l'appui de cette assertion de nombreux exemples dont on retrouve parmi nous les plus fréquents analogues. Cet ordre de causes comprend, d'après cet auteur, les états de santé dans lesquels la faculté de reproduction est affaiblie ou dégradée : tels sont surtout la syphi-

lis, l'abus des plaisirs vénériens, les mariages précoces et tardifs, la trop grande disproportion dans l'âge et la force des deux époux, certaines maladies (l'épilepsie, la paralysie, l'aliénation mentale, etc.).

F) Voici quelques particularités qui confirment l'ordre étiologique dont il est ici question :

1) La complication avec la syphilis congénitale a fourni le chiffre de 6 dans l'état n° 3. Cinq de ces malades étaient de Nivelles, Louvain, Diest et Tirlemont, et j'ai constaté, avec MM. les docteurs Lanthier, à Louvain, Vervoort, à Diest, De Wilde et Swartebroeckx, à Tirlemont, que, chez 4 d'entre eux, le père (1 fois), la mère (1 fois), ou tous deux ensemble (1 fois), présentaient actuellement encore des signes évidents de syphilis secondaire ou tertiaire.

M. Noeggerath, qui a été mon adjoint pendant les premiers mois de 1845, a reconnu des accidents secondaires ou tertiaires de syphilis chez 5 mères et 2 pères qui accompagnaient leurs enfants affectés d'ophthalmie scrofuleuse : j'ai moi-même recueilli la même donnée 1 fois chez le père et la mère, 1 fois chez le père, 1 fois chez la mère.

Ces 10 cas, dans lesquels M. Noeggerath et moi nous avons reconnu la syphilis chez les parents, ont fourni 2 complications de syphilis congénitale.

2) Il est connu que les mariages précoces et tardifs, la disproportion d'âge et de force des époux procurent le plus ordinairement une progéniture chétive. La plupart du temps, on peut constater, dès la première génération, la scrofule chez des enfants issus de parents ainsi unis, qui ne présentent, ni l'un ni l'autre, aucun signe de disposition scrofuleuse. Si cette disposition existe chez eux ou chez l'un d'eux, la mortalité est excessive dans leur descendance, qui est sujette, dès l'âge le plus tendre, à des maladies scrofuleuses graves, parmi lesquelles figurent surtout celles des poumons, des os et des yeux. Je pourrais accumuler les exemples de cette nature.

3) Je n'ai pu recueillir que deux faits applicables à l'influence de l'épilepsie ; je n'ai rien noté qui fût relatif à l'aliénation mentale, ou à la paralysie, etc.

4) On a vu ci-dessus (§ 1, B et D) que 21 orphelins, 8 enfants trouvés, 12 enfants naturels ou illégitimes, sont compris dans le total des ophthalmies scrofuleuses *pures* ou *mixtes* des états n° 1 et n° 3. M. Lugol établit, à l'aide du raisonnement suivant, dont on ne saurait contester la valeur, que l'hérédité doit jouer chez ces enfants le rôle principal dans la production de la disposition scrofuleuse. « Quels sont, se demande le savant observateur parisien, les parents des enfants « trouvés? Les mères sont pour la plupart des jeunes filles pauvres, sé- « duites, obligées de fuir la maison paternelle, accablées de chagrin, « exposées aux privations, aux fatigues de toute espèce, et souvent in- « fectées de maladies syphilitiques. On en voit qui, pour faire dispa- « raître les apparences de leur malheureuse position, ont recours à « des corsets très-serrés et même à des tentatives réitérées d'avorte- « ment, qui ont toujours pour effet d'entraver l'évolution régulière de « l'embryon.—Les pères, qui gardent l'anonyme, sont ordinairement « des hommes qui vivent dans l'intempérance des plaisirs vénériens, « une des causes les plus puissantes de la dégradation de la géné- « ration. — Quant aux orphelins (et aux enfants abandonnés), leurs « pères et mères sont tellement maltraités par la misère et les mala- « dies, qu'ils sont obligés de se défaire de leurs enfants. Ce sont là, il « faut en convenir, les plus mauvaises conditions pour la procréa- « tion d'enfants robustes et bien portants. En outre, les parents « sont généralement morts jeunes et de maladie, à quelques excep- « tions près de mort violente, à laquelle ils peuvent être exposés par « leur profession. Mais quelles sont les maladies qui font périr les « parents jeunes? Ce sont, en premier lieu, les maladies scrofu- « leuses, et plus particulièrement la phthisie pulmonaire, qui les « moisonnent si jeunes et en si grand nombre. »

5) J'ai été surpris de voir M. Lugol passer sous silence deux causes héréditaires qui appartiennent à la classe étiologique dont je m'occupe ici : j'entends parler de la goutte et du rhumatisme articulaire chronique.

a) La disposition goutteuse, ou plutôt *arthritique*, est pour ainsi dire habituelle, dans notre pays, chez les individus qui exercent des professions sédentaires, qui se gorgent d'aliments de mauvaise nature, commettent de fréquents excès vénériens, usent immodérément, soit d'habitude, soit par intervalles, de bière et d'alcooliques, et qui habitent des maisons froides, humides. M. le docteur Sebastian, professeur

à la Faculté de médecine de Groningue, a fait la remarque (1) que, en Hollande, les enfants qui naissent de parents goutteux sont, pour la plupart, scrofuleux. Cette observation s'applique à notre pays. Je n'en veux pour preuve que cette circonstance, que 18 enfants atteints d'ophthalmie scrofuleuse (état n° 1) avaient pour parents des individus affectés

	Hommes.	Femmes.
De choroïdite arthritique	3	2
De glaucôme »	4	4

et exerçant tous des professions sédentaires (tailleurs d'habits, 2 ; cordonniers, 2 ; serrurier, 1 ; tisserand, 1 ; cuisinier, 1 ; — couturières, 2 ; repasseuse, 1 ; cabaretière, 1 ; dentellière, 1 ; ouvreuse de loges, 1). C'est dans mes recherches sur l'ascendance que j'ai rencontré ces malades, dont 3 n'avaient jusque-là réclamé les soins de qui que ce fût pour leur affection oculaire.

Sur les 7 pères, 2 s'étaient alliés à des femmes scrofuleuses ; ils avaient eu 12 enfants : 6 étaient morts. Les 6 qui survivaient étaient :

3 affectés d'ophthalmie scrofuleuse ;
1 » d'engorgements glanduleux ;
1 » de teigne et d'ulcères scrofuleux ;
l'autre était adulte et atteint de phthisie.

Les 5 autres avaient épousé des femmes saines : ils avaient eu 14 enfants ; 4 étaient morts : les 10 survivants étaient :

4 sains en apparence (adultes);
4 affectés d'ophthalmie, 3 avec combinaison arthritique ;
1 » de carreau ;
1 » de teigne.

Sur les 6 mères, 3 avaient pour maris des scrofuleux (1 venait de succomber à une phthisie tuberculeuse) : la progéniture de ces 3 familles comprenait 17 enfants, dont 9 morts ; les 8 qui subsistaient étaient :

6 atteints d'ophthalmie scrofuleuse,
2 adultes avaient la vision embarrassée par des taches résultant de l'ophthalmie scrofuleuse.

(1) *Over de Overeenkomst en het Verschil tusschen de Jicht en de Scrophulosis.* Groningen, 1838, p. 2.

Les maris des 3 autres femmes paraissaient sains. Leur descendance se composait de 10 enfants, dont 2 morts ; les 8 survivants étaient :

3 atteints d'ophthalmie;
1 adulte avait subi l'amputation de la jambe pour une tumeur blanche ;
1 adulte se mourait de phthisie tuberculeuse.

Des 2 autres adultes, l'un paraissait sain : l'autre avait souffert, à l'âge de six ans, d'une ophthalmie qui avait déterminé la perte de l'œil droit, et était actuellement abîmé par le rhumatisme.

Il est à remarquer que sur ces 13 mariages, 7 avaient été accomplis les deux époux étant âgés de plus de 30 ans; deux autres, la femme âgée de plus de 30 ans, le mari de moins de 20 ; dans les 4 autres, le mari avait dépassé 30 ans : la femme était âgée de moins de 20 ans, 2 fois ; de moins de 25 ans, 2 fois.

Dans aucun cas, il n'y avait eu de seconde union.

La disposition arthritique n'a été remarquée, dans aucun de ces cas, en même temps chez la femme et chez le mari.

b) La goutte, ou plutôt l'arthritisme, est une maladie qui devient, comme la scrofule, un legs de famille : sous notre ciel, comme sous celui de la Hollande, ces deux affections offrent entre elles de nombreux points d'analogie, esquissés avec le plus admirable talent d'observation par mon ancien maître, M. Sebastian; et l'on conçoit facilement que la scrofule soit, dans un grand nombre de cas, l'héritage des enfants nés de parents goutteux, et que la mortalité et les affections scrofuleuses soient des plus fréquentes chez les enfants nés de parents, l'un arthritique, l'autre scrofuleux, surtout si la disproportion d'âge et de force vient se joindre à ces conditions.

c.) Le rhumatisme articulaire chronique est fort commun parmi certaines classes d'ouvriers qui doivent subir, sans pouvoir s'y soustraire, les funestes influences des variations brusques de température, qui doivent travailler exposés au froid et à l'humidité, à la pluie, au vent, aux courants d'air, et dont les habitations sont pardessus tout froides et humides.

Mes recherches apprennent que l'observation de M. Sebastian est applicable au rhumatisme articulaire : la combinaison rhumatismale s'est présentée 123 fois sur les 267 ophthalmies scrofuleuses indiquées dans l'état n° 3, et 41 fois sur les 103 indiquées dans l'état n° 1. Il existait 10 complications scrofuleuses parmi les 43

ophthalmies rhumatismales de l'état n° 3, et 8 parmi les 34 de l'état n° 1. Des renseignements positifs ont démontré l'existence du rhumatisme articulaire chez le père 10 fois, chez la mère 5 fois, chez le père et la mère 2 fois ; 6 d'entre ces parents avaient hérité de la disposition qui existait dans leur famille. Ces derniers seuls présentaient une habitude scrofuleuse.

Il arrive tous les jours que des frères, des sœurs d'individus affectés d'ophthalmies scrofuleuses viennent me consulter pour des ophthalmies rhumatismales, et *vice-versâ* ; tous les jours aussi je fais la remarque que les ophthalmies, chez ces malades, deviennent bientôt combinées, passent à l'état de scrofuloso-rhumatismales, ou rhumato-scrofuleuses. Il suffit de parcourir les salles de nos hôpitaux pour constater chez des scrofuleux cette coïncidence dans des affections d'autres parties que l'œil, et pour reconnaître l'existence de la cause héréditaire que je signale ici.

G. — J'ai porté mon attention sur les causes pathologiques et sur les causes externes généralement considérées comme productrices de la scrofule : ces causes hâtent, c'est un fait certain, le développement de la scrofule ; mais elles ne la produisent pas chez un enfant qui n'en a pas apporté le germe en naissant.

Voici mes preuves pour les causes pathologiques :

1) Dans trois cas seulement j'ai pu noter que la disposition scrofuleuse s'était manifestée à l'occasion de la variole ; il s'agissait de deux enfants et d'un adulte : ce dernier a subi, il y a quelque temps, l'amputation de la jambe pour une carie de l'articulation du pied ; l'un des deux enfants souffrait d'ophthalmie et d'otorrhée ; l'autre a conservé des engorgements glanduleux et un empâtement considérable de la lèvre supérieure.

2) Chez un grand nombre d'enfants, la rougeole avait entraîné la manifestation de l'ophthalmie scrofuleuse ; le registre de l'Institut en offre 5 exemples pour le tableau n° 1, et dans 14 autres cas, la maladie oculaire avait été précédée des affections suivantes, survenues à l'occasion de la rougeole :

De carreau,	1 fois.
De teigne et de croûtes de lait,	6 »
D'engorgements glanduleux,	3 »
De croûtes impétigineuses à l'orifice des narines,	2 »
D'ulcères scrofuleux,	2 »

8 de ces enfants provenaient de familles dans lesquelles la mortalité était grande. M. de Abrêu est arrivé, pour 1844, à des données beaucoup plus positives encore.

Il est digne de remarque que parmi les malades de l'état n° 3, et parmi ceux qui se sont présentés à ma clinique en 1845 (état n° 1), il soit arrivé quatre fois seulement que l'ophthalmie morbilleuse n'ait pas revêtu le caractère scrofuleux.

3) Chez un seul malade, l'ophthalmie s'était manifestée à l'occasion de la coqueluche : ce malade, âgé de dix ans, était né d'un père qui, pour échapper à la conscription, avait épousé, à l'âge de 20 ans, une femme de 47 ans, dont le cou était labouré de cicatrices scrofuleuses.

4) 9 ophthalmies syphilitiques (gonorrhoïques) ont été observées à l'Institut (état n° 1) ; 10 cas de cette affection sont compris dans l'état n° 3. Trois d'entre ces derniers malades ont été traités en 1844 à Bruxelles ; 7 ont reçu mes avis pendant ma tournée. Chez 7 de l'état n° 3, l'affection vénérienne avait exagéré la disposition scrofuleuse, qui s'était antérieurement déjà traduite, chez 3, en maladies scrofuleuses, qui se reproduisaient maintenant plus intenses et plus prononcées. Cette dernière remarque est applicable à 5 des 9 malades de l'état n° 1. Chez 3 autres, une blennorrhée scrofuleuse de l'œil et des engorgements glanduleux ont succédé à la blennorrhagie syphilitique ; et chez 1 seul complétant le total de 9 de l'état n° 1, l'infection vénérienne n'a point déterminé la manifestation d'une maladie scrofuleuse.

M. de Abrêu a fait observer dans son *Compte-rendu* pour 1844, que tous les malades traités pour ophthalmie gonorrhoïque pendant cette année ont été pris d'arthrite dite *blennorrhagique* : cette arthrite est venue compliquer la scrofule développée, exagérée par l'infection syphilitique chez 6 de l'état n° 3 (voir la colonne d'observations de cet état et le *Compte-rendu* de M. de Abrêu) et chez 8 de l'état n° 1. Un de ceux-ci, sain jusqu'alors, est entré à l'hôpital St-Jean, et a succombé, depuis sa sortie, à une phthisie tuberculeuse.

5) La menstruation difficile avait dans 7 cas entraîné le développement de maladies scrofuleuses, traduites chez 3, de prime abord, en ophthalmie.

6) Un avortement spontané au cinquième mois d'une première grossesse, chez une fille de 18 ans, saine jusqu'alors, a été suivi d'accidents scrofuleux graves : une ophthalmie qui est intervenue, s'est terminée par la perte irremédiable de l'œil droit.

La sœur de cette fille, mariée dans les environs de Bruxelles, souffrait à la même époque d'une ophthalmie puerpérale (voir l'état n° 3) qui avait déjà déterminé la perte de l'œil gauche lorsqu'elle s'est présentée à ma visite à Woluwe-St-Étienne, accompagnée d'un enfant de deux ans, atteint d'ophthalmie scrofuleuse.

7) La dentition laborieuse a été reconnue 9 fois comme ayant donné une espèce de coup de fouet à la disposition scrofuleuse, et ayant déterminé une ophthalmie suivie, chez 2, précédée, chez les autres, par des engorgements glanduleux sous-maxillaires ou des éruptions de la peau de la face et du cuir chevelu.

8) Les ophthalmies catarrhale, rhumatismale et des armées, doivent aussi être considérées comme activant assez fréquemment la diathèse scrofuleuse : je m'occuperai de cette particularité en traitant de chacune de ces ophthalmies en particulier.

H. — J'ai dit plus haut que certaines rues et ruelles de la capitale et de quelques villes du Brabant, certaines communes ou parties de communes abondent en scrofuleux : les habitations y sont en général fort humides, étroites, encombrées, privées d'air et de lumière ; l'*humidité* est leur *qualité* prédominante, et chez nous, comme partout ailleurs, on a attribué à son influence la fréquence des maladies scrofuleuses parmi les habitants de ces localités. Un examen approfondi, la recherche dans l'ascendance des malheureux qui encombrent nos hôpitaux et les bureaux de consultations gratuites d'affections scrofuleuses de tout genre ; des investigations sur ce qui se passe dans d'autres lieux mieux situés, dont les demeures sont vastes, bien aérées ; l'étude de la maladie dans les classes élevées de la société, viennent démontrer à la dernière évidence que ce ne sont ni aux qualités de l'air, ni à celles des lieux, mais bien plutôt à la vie de privations, et souvent aussi d'intempérance et de dérèglement, qu'il faut demander compte de la fréquence, de l'*endémie*, si on veut l'appeler ainsi, de la scrofule dans les endroits que j'ai signalés.

Les causes nombreuses qui rendent la vie misérable dégradent les générations, et la souche une fois atteinte, elles le sont pour ainsi dire dans une proportion mathématique. A Paris, où ces causes sont si nombreuses, la scrofule se montre, dit M. Lugol, sur des enfants dont les aïeux sont venus dans cette ville pleins de force et de santé, et à dater de ce moment, elle s'y perpétue jusqu'à l'extinction de la famille. Combien Bruxelles n'offre-t-il pas d'exemples de cette nature !

appliqué, au moyen d'une sonde, dans le canal de l'urètre de l'individu même et du nommé S..., soldat au 2me régiment de lanciers, en traitement à la salle des vénériens pour des chancres primitifs, il se déclara chez l'un et l'autre malade, le lendemain de l'inoculation, un écoulement urétral avec engorgement des ganglions lymphatiques des aines : ces écoulements furent abandonnés à eux-mêmes. Au 18me jour seulement de l'invasion, après que les symptômes inflammatoires furent appaisés, nous administrons le baume de copahu : deux prises suffirent pour arrêter l'écoulement chez Van Aud.... Le nommé S.... continua l'usage de cette substance pendant trois jours encore ; après quoi des injections furent pratiquées dans le canal de l'urètre avec une solution légère de nitrate d'argent : la deuxième injection mit fin à l'écoulement.

Obs. II.— Dep.. .. (Augustin), soldat au 1er régiment de chasseurs à pied, 29 ans, tempérament lymphatique, entré au service en 1843, en qualité de remplaçant, contracta au mois de mars 1845 une ophthalmie aux deux yeux : traité pendant huit jours à l'infirmerie régimentaire, il fut ensuite envoyé à l'hôpital.

Traitement : Laudanum en frictions au pourtour de l'orbite ; six cautérisations à l'œil droit, pommades, collyres, applications de sangsues, cataplasmes sur l'œil, etc. Enfin, après un traitement de plusieurs mois, dans les détails duquel il est inutile d'entrer, le malade est dirigé sur l'Institut, où il entre le 11 juillet 1845 : il est dans un état de faiblesse remarquable ; il a la face bouffie et infiltrée ; la peau est d'un jaune sale et terne. Le globe de l'œil droit présente une masse fongueuse, rougeâtre, molle, sécrétant une matière purulente abondante ; les paupières sont recouvertes de granulations végétantes : l'inférieure est complétement renversée en dehors. L'œil gauche est sain, il est seulement un peu irritable et larmoyant. Au devant de l'oreille droite, nous remarquons une petite tumeur ayant le siége et les caractères du bubon pré-auriculaire. Le malade nous assure cependant n'avoir jamais eu de blennorrhagie urétrale : les parties génitales examinées avec soin, ne présentent en effet ni écoulement ni engorgement des ganglions lymphatiques de l'aine (1). En interrogeant le malade, nous appre-

(1) Nous avons déjà dit que Ph. Boyer a fondé le diagnostic différentiel de la gonorrhée virulente sur l'existence constante de l'engorgement des ganglions lymphatiques de l'aine. Il ajoute encore que cet engorgement ne se résout jamais complétement et qu'il persiste toute la vie. Nous ne savons jusqu'où cette remarque est vraie, n'ayant jamais eu l'occasion ou plutôt la *possibilité* d'en vérifier l'exactitude ; seulement nous savons que cette remarque n'est pas applicable au bubon pré-auriculaire, dont nous n'avons plus rencontré de traces chez un malade que nous avons revu 15 mois après sa sortie de l'hôpital, où nous l'avions traité le plus heureusement d'un pan-

nous que la personne chargée de le soigner faisait usage, pour nettoyer ses yeux tous les matins, d'une éponge qui servait également à d'autres malades, et que, parmi ceux-ci, il s'en trouvait qui avaient, nous dit-il, la *chaude-pisse* aux yeux; il nous cita, entre autres, un nommé Vanc..., qui se trouvait actuellement à l'Institut. Cet homme avait en effet contracté, à la fin de janvier, *une gonorrhée virulente très-grave, et par suite de celle-ci, une ophthalmie purulente gonorrhoïque qui lui avait laissé de profondes opacités au centre des deux cornées, gênant la vision au point de ne lui permettre que de se conduire.* Ayant examiné ce malade, nous trouvâmes en effet un léger engorgement des ganglions lymphatiques des aines, qui nous indiquait l'existence antérieure d'une gonorrhée, maladie constatée du reste par le certificat délivré par le médecin qui l'avait soigné pour cette affection. Nous trouvâmes aussi un engorgement des ganglions pré-auriculaires, dont la présence attestait la nature virulente syphilitique de l'ophthalmie purulente qui avait donné lieu aux altérations oculaires graves pour lesquelles il avait été dirigé sur l'Institut. Plus de doute, d'après cela, sur la nature de l'ophthalmie dont se trouvait affecté le nommé Dep...... Elle avait pu être primitivement catarrhale ou scrofuleuse; mais elle était devenue plus tard syphilitique, par suite de l'application de la matière gonorrhoïque par l'intermédiaire d'une éponge qui avait servi à nettoyer les yeux d'un ou de plusieurs malades atteints d'ophthalmie gonorrhoïque virulente.

Le malade est soumis à un régime hygiénique convenable : localement, nous employons les scarifications et la cautérisation des conjonctives avec la solution concentrée de nitrate d'argent cristallisé. Sous l'influence de ce traitement, le mal ne fait qu'empirer; les conjonctives se recouvrent de végétations et de fongosités de plus en plus saillantes : les collyres astringents et chlorurés ne se montrent pas plus efficaces. Nous suspendons alors tout traitement local, et nous employons l'huile de foie de morue, concurremment avec les préparations ferrugineuses. Après douze jours de ce traitement, aucune amélioration ne s'était encore manifestée, lorsque tout à coup, sans cause connue, l'œil gauche s'enflamme, les paupières se gonflent, la purulence s'établit, et les ganglions lymphatiques correspondants s'engorgent : une nuit avait suffi pour amener la maladie à ce point et compromettre l'existence de l'œil.

Traitement : Instillations, plusieurs fois réitérées dans la journée, d'une

nus double, par l'inoculation avec la matière gonorrhoïque de l'urètre, et qui avait présenté d'une manière très-marquée l'engorgement pré-auriculaire des deux côtés. Quoi qu'il en soit, sans entrer ici dans une discussion qui nous éloignerait trop de notre sujet, ce qu'il importe, c'est de savoir si le bubon de l'aine persiste après la disparition de la blennorrhagie En cela notre observation est parfaitement d'accord avec ce qu'avance Ph. Boyer : chez tous les malades atteints de blennorrhagie urétrale que nous avons traités depuis quelques années à l'hôpital militaire, nous avons constaté la persistance du bubon à leur sortie de cet établissement ; et chez quelques-uns d'entre eux, nous l'avons encore retrouvé, mais à un état très-réduit, après cinq, six et huit mois.

solution de nitrate d'argent cristallisé, à la dose de dix grains dans une once d'eau distillée ; application de 15 sangsues derrière l'oreille du côté malade ; purgatif salin ; cataplasmes sinapisés promenés sur les extrémités inférieures. L'effet local de ce traitement fut aussi heureux que prompt, puisque, 48 heures après l'invasion de la maladie, la suppuration de l'œil était tarie. Cependant l'état général du malade ne s'améliore pas ; l'œil droit reste dans le même état, et le ganglion pré-auriculaire de ce côté a même augmenté de volume. Le traitement topique que nous employons de nouveau n'a pas de résultats plus heureux qu'il n'en avait eu précédemment.

Le 5 décembre. Le malade est soumis à l'usage de la liqueur de Van Swieten et du sirop sudorifique.

Le 20. Une amélioration notable s'étant manifestée dans l'état général du malade, on revient au traitement local, et le traitement mercuriel est continué.

Le 20 janvier. La paupière inférieure a repris sa direction normale. Les végétations sont affaissées ; des vaisseaux reparaissent isolés sur la conjonctive oculaire ; la cornée même s'éclaircit, et tout annonce une guérison prochaine. Les ganglions pré-auriculaires sont réduits au volume d'un gros pois.

Cette observation est remarquable sous bien des rapports ; mais ayant déjà signalé les particularités les plus intéressantes qu'elle présente, nous nous bornerons à faire ressortir ici la circonstance de la transmission de la maladie d'un œil à l'autre, avec le caractère pathognomonique propre à l'ophthalmie gonorrhoïque par inoculation. Nul doute qu'ici il n'y ait eu transport de la matière purulente de l'œil droit sur l'œil gauche. L'absence de toute autre cause appréciable nous ferait admettre cette explication comme la plus plausible, si la présence du ganglion parotidien ne venait confirmer cette manière de voir.

Obs. III. — Van M......... (Joseph), soldat au 2me régiment de chasseurs à cheval, 25 ans, tempérament sanguin, a toujours joui d'une excellente santé. Le 1er juin 1845, il contracta une gonorrhée virulente très-aiguë. Dans la nuit du 11 au 12, une inflammation violente de l'œil droit se déclara : le matin, à la visite du médecin, l'ophthalmie est passée à l'état purulent. Le malade est envoyé immédiatement à l'hôpital ; nous constatons l'état suivant : l'œil gauche est sain, l'œil droit offre tous les caractères d'une ophthalmie purulente des plus graves, un écoulement abondant de matière muco-purulente d'un jaune-verdâtre, chémosis et engorgement du ganglion parotidien ; mais la cornée est intacte. L'écoulement urétral n'a pas changé, il est ce qu'il était avant l'invasion de l'ophthalmie. Les conjonctives ne présentent pas de granulations ; pouls fort, plein, quatre-vingt-quatre pulsations.

Traitement : Saignée générale de seize onces ; derrière l'oreille du côté malade, douze sangsues dont on entretient l'effet pendant vingt-quatre heures par des applications successives d'autres sangsues ; cataplasmes sinapisés promenés sur les extrémités inférieures ; tartre stibié à haute dose ;

localement, excision du bourrelet muqueux, injections d'eau chlorurée (chlorure d'oxyde de sodium. deux onces ; eau commune, une livre) répétées de quart d'heure en quart d'heure ; de temps en temps, instillations d'un collyre au nitrate d'argent (nitrate d'argent, six grains ; eau distillée, une once).

Le 15. Amélioration marquée ; soixante-seize pulsations ; affaissement des paupières et des conjonctives; suppuration moindre. On continue les injections de demi-heure en demi-heure et les collyres au nitrate d'argent ; potion stibiée.

Le 16. La sécrétion purulente est remplacée par une sécrétion muqueuse, grisâtre, peu abondante. Tous les autres symptômes sont notablement améliorés. Sulfate de cuivre en crayon ; purgatif salin : le reste du traitement est supprimé.

Le 24. Les conjonctives sont revenues à peu près à leur état normal ; l'œil conserve encore de l'irritabilité.

Le 11 juillet. Le malade sort de l'hôpital parfaitement rétabli ; le ganglion parotidien seul persiste ; il a le volume d'un petit haricot.

Si, faisant un instant abstraction de la présence du bubon parotidien, nous recherchons les causes de l'ophthalmie qui fait l'objet de l'observation précédente, nous arrivons à cette conclusion : que l'application de la matière gonorrhoïque sur l'œil est le mode de développement qui réunit le plus de probabilités. En effet, le malade avait jusque-là toujours joui d'une bonne santé, il ne présentait aucune prédisposition à l'ophthalmie, et n'avait été soumis à aucune cause appréciable, susceptible de produire l'inflammation de l'œil, comme fatigues, excès, refroidissement, etc. ; en outre, l'ophthalmie est restée bornée à un seul œil, ce qui a lieu surtout lorsqu'elle reconnaît pour cause immédiate l'inoculation ; enfin la circonstance suivante augmente encore la probabilité en faveur de ce mode de développement : ce militaire cherchait depuis longtemps à se soustraire au service ; déjà il avait été condamné pour désertion, et lorsqu'il fut envoyé à l'hôpital, ses chefs nous prévinrent de leurs soupçons sur les causes de son ophthalmie, qu'ils attribuaient à l'application de la matière de la gonorrhée sur l'œil.

Obs. IV. — Nous avions admis, par analogie, que l'ophthalmie purulente des nouveau-nés reconnaissant pour cause l'inoculation de la matière gonorrhoïque sur les yeux pendant le travail de l'accouchement, elle devait se caractériser, comme l'ophthalmie gonorrhoïque syphilitique chez l'adulte, par le développement du bubon parotidien. Appuyé sur les faits précédemment observés, nous avions la conviction intime que la chose ne pouvait être différente, lorsqu'il y a quelques jours, nous fûmes à même d'observer un fait qui vint confirmer entièrement nos prévisions. Hâtons-nous de dire, avant de le rapporter, que depuis le moment où le bubon parotidien a fixé notre

la première fois notre attention, nous avons eu occasion de voir 17 enfants nouveau nés atteints d'ophthalmie purulente ; qu'aucun d'eux, malgré les recherches les plus minutieuses et les plus empressées, n'a présenté cet engorgement, et que, chez tous, l'ophthalmie, quelle qu'ait été d'ailleurs son intensité, s'est terminée sans accident et dans un espace de temps qui a varié de six à vingt jours. Le traitement employé a toujours été très-simple : il a consisté dans les soins de propreté et dans l'usage d'un collyre astringent ou d'une solution légère de nitrate d'argent.

Voici le fait :

Le 5 janvier 1846, la femme Del...... se présenta à notre consultation gratuite avec un enfant pour lequel elle venait réclamer nos soins. Cette femme, de vie plus que suspecte, âgée de 29 ans, de bonne constitution et d'un tempérament sanguin, n'a jamais été malade ; seulement elle a été, dit-elle, affectée longtemps de flueurs blanches, et elle en était encore atteinte, à un léger degré, pendant sa grossesse. L'enfant qu'elle nous présenta était âgé de trois mois, maigre et assez chétif ; il était dans un état de cécité complète occasionnée par la destruction des deux cornées ; les conjonctives avaient leur aspect normal ; les yeux, du reste, n'étaient plus le siége d'aucun travail morbide. A deux lignes au devant des oreilles et à la hauteur du tragus, on remarquait des deux côtés, mais plus prononcé à gauche qu'à droite, le bubon parotidien, sous forme de nodosité oblongue, du volume d'un petit haricot, et paraissant tout à fait indolore. La mère nous apprit que, deux jours après sa naissance, son enfant avait contracté une ophthalmie purulente qui avait amené la perte des yeux au bout de 48 heures, malgré les soins qui lui furent administrés par un médecin appelé au début de la maladie. Le gonflement persista pendant plus de cinq semaines après cet accident, et l'écoulement purulent ne tarit que plus tard encore.

La nature de cette ophthalmie ne saurait être un instant douteuse : abstraction faite du bubon pré-auriculaire, nous trouvons dans les circonstances qui ont précédé cette ophthalmie, dans sa marche, dans ses terminaisons, etc., des raisons suffisantes pour en établir la spécificité. Remarquons en effet que la mère de cet enfant a été atteinte, pendant sa grossesse, d'un écoulement génital dont on peut avec raison suspecter la nature, tant à cause de l'absence, chez cette femme, des conditions générales au milieu desquelles se développent d'ordinaire les écoulements inoffensifs, désignés vulgairement sous le titre de *flueurs blanches*, que par l'irrégularité de sa conduite. D'un autre côté, l'ophthalmie de l'enfant ne présenta ni la marche, ni les terminaisons ordinaires de l'ophthalmie des nouveau-nés. Cette maladie, en effet, malgré le caractère de violence et les apparences de gravité qu'elle revêt parfois, guérit facilement, dans la plupart des cas, par un traitement simple, et souvent même par les seuls soins de propreté ; mais dans l'observation que nous venons

de rapporter, les choses se sont passées d'une tout autre manière, et l'ophthalmie s'est terminée, au bout de 48 heures, par la perte des deux yeux, bien que des soins intelligents eussent été réclamés dès le principe. Remarquons encore que, malgré la perte des yeux, le travail inflammatoire, le gonflement des conjonctives et des paupières, ainsi que la suppuration, n'ont présenté d'amélioration notable qu'après plusieurs semaines ; tandis que quand l'ophthalmie purulente catarrhale se termine de la même manière, le travail inflammatoire s'arrête beaucoup plus tôt, et souvent même immédiatement après l'accident ; les tissus reviennent sur eux-mêmes et marchent à la résolution avec plus de rapidité. Si maintenant nous faisons un rapprochement entre cette observation dans laquelle nous voyons coïncider, avec le développement du bubon pré-auriculaire, un haut degré de gravité suivi de terminaisons fâcheuses, et les 17 cas d'ophthalmie des nouveau-nés que nous avons traités heureusement, et où l'absence de l'engorgement des ganglions parotidiens a été constatée, nous arrivons à établir : *a*) que l'ophthalmie purulente des nouveau-nés qui reconnaît pour cause l'application de la matière de la gonorrhée sur les yeux se caractérise, comme l'ophthalmie gonorrhoïque syphilitique chez l'adulte, par l'engorgement des ganglions lymphatiques correspondants ; tandis que celle qui est occasionnée par d'autres causes, telles que le refroidissement, l'action des causes irritantes locales, etc., ne présente jamais ce caractère ; que la première est une maladie grave, dont la marche est rapide, et qui peut se terminer en peu de temps par la fonte totale des yeux ; tandis que l'autre, alors même qu'elle est très-intense, guérit le plus souvent, sans laisser d'altérations, au moyen d'un traitement simple. *c*) Il ressort évidemment de ce parallèle des conséquences pratiques fort importantes. En effet, toutes les fois que l'ophthalmie des nouveau-nés sera reconnue virulente, le médecin devra ne rien négliger pour en enrayer le plus promptement possible la marche et en prévenir les terminaisons funestes. On sent dès lors que les soins de propreté et des collyres astringents, qui conviennent dans l'ophthalmie de la deuxième espèce, ne sauraient plus suffire ici, et qu'il faut y joindre l'action des modificateurs locaux, particulièrement la solution de nitrate d'argent cristallisé, que nous croyons devoir être le moyen le plus efficace en pareille circonstance.

2. *Métastase.* — De Saint-Yves, d'abord, et ensuite plusieurs autres médecins, ont rapporté l'ophthalmie gonorrhoïque exclusive-

ment à la métastase ; d'autres, et notamment Spangenberg, Wardrop, Travers, Lawrence, ont mis en doute que cette affection pût exister comme phénomène métastatique. Cependant la plupart des praticiens de nos jours admettent ce mode de développement concurremment avec un ou plusieurs des autres modes de production de cette maladie : l'inoculation, la sympathie, l'infection générale et l'infection miasmatique.

Cette divergence d'opinions a sa cause dans la manière diverse dont les auteurs ont interprété le phénomène de la métastase, et aussi dans l'absence des moyens propres à faire distinguer l'ophthalmie gonorrhoïque syphilitique de celle qui ne l'est pas.

La métastase est un phénomène obscur, inexplicable, et dont nous ne possédons point de théorie satisfaisante. Elle est souvent confondue avec des phénomènes de simple révulsion, dont elle diffère cependant en ce que le déplacement de la maladie qui la constitue se fait par des mouvements spontanés de l'organisation. Si, par exemple, une blennorrhagie vient à se supprimer plus ou moins brusquement par une cause connue, pendant qu'une autre cause d'irritation, agissant sur les conjonctives, y développe une ophthalmie purulente, ou bien lorsque cette dernière cause, agissant sur les conjonctives, y produit une violente inflammation capable de supprimer la blennorrhagie, nous ne pouvons voir là qu'un phénomène s'opérant en vertu des lois de la révulsion. Nous avons étudié avec soin les observations d'ophthalmie gonorrhoïque métastatique rapportées par les auteurs, et nous n'en avons pas trouvé une seule qui se soustraie entièrement à cette explication. Il y a plus : c'est que, dans l'état actuel de nos connaissances, nous ne saurions admettre le développement par métastase. En effet, celle-ci suppose la suppression spontanée d'une maladie, et sa réapparition, avec tous les caractères qui la constituent, sur un autre point de l'organisme : c'est au moins là le sens qu'on lui donne généralement. Dans le cas en question, la manifestation de l'ophthalmie par métastase supposerait trois choses : la suppression de la gonorrhée sans cause connue, le transport à travers l'économie, par les veines et les vaisseaux lymphatiques, de la matière virulente de la gonorrhée sur les conjonctives, et le développement sur ce point d'une affection identique à celle du canal de l'urètre. Or, nous allons voir que dans les observations d'ophthalmie gonorrhoïque attribuée à la métastase, toutes ces conditions sont loin d'exister. — La suppression complète de la gonorrhée est chose fort rare. Dans les cas où on l'a observée,

elle avait été occasionnée par des injections astringentes dans le canal de l'urètre, par le refroidissement des parties génitales, ou par la compression circulaire du pénis derrière le gland ; d'autres fois, elle s'est manifestée à la suite de causes qui ont porté leur action sur l'ensemble de l'organisme, comme une marche forcée, des fatigues, l'équitation, un bain général, des excès de diverses natures, etc. ; enfin une inflammation violente des yeux, quelle qu'en soit la cause, l'a parfois déterminée ; mais dans aucun de ces exemples on ne l'a vue survenir en dehors de ces circonstances, spontanément, comme cela arrive dans le phénomène de la métastase. — L'absorption du virus de la gonorrhée et son passage à travers l'économie pour se transporter intact, avec ses propriétés virulentes, spécifiques, contagieuses, sur les conjonctives, est un fait qu'on ne saurait admettre, parce qu'il est contraire à nos connaissances les plus positives sur la marche du virus syphilitique à travers nos organes. — Quant à l'identité de l'ophthalmie gonorrhoïque avec la blennorrhagie urétrale, on l'a admise *à priori*; mais personne ne l'a démontrée. Pour nous, nous sommes à même d'assurer que cette identité n'existe pas, et que toutes les fois qu'une ophthalmie purulente s'est développée au milieu des circonstances précitées, elle a toujours manqué du caractère pathognomonique propre à l'ophthalmie gonorrhoïque virulente : l'engorgement des ganglions parotidiens. Nous ne saurions donc voir dans l'ophthalmie gonorrhoïque métastatique des auteurs qu'une ophthalmie purulente catarrhale ou scrofuleuse, entièrement différente de celle qui reconnaît pour cause l'inoculation de la matière gonorrhoïque sur les conjonctives, cette dernière, participant seule, comme nous l'avons dit, des propriétés contagieuses de l'écoulement urétral, et comme lui se caractérisant par l'engorgement des ganglions lymphatiques correspondants.

3. *Sympathie*. — Scarpa, Dupuytren, Sanson, Fischer, Scherrer, et beaucoup d'autres médecins renommés, ont attribué, dans quelques cas, l'ophthalmie gonorrhoïque à la réaction sympathique de l'urètre sur la muqueuse conjonctivale. Il existe, en effet, dans l'état de santé, des liens sympathiques entre les muqueuses génitale et oculaire, qui se révèlent, à la suite de fatigues et d'irritations prolongées des organes génitaux, par un sentiment de cuisson dans les yeux et d'affaiblissement de la vue (Sanson). Mais lorsque le canal de l'urètre est enflammé, cette réaction sympathique s'exerce avec plus d'intensité, et la muqueuse oculaire, sous cette influence,

devient plus sensible et plus impressionnable. Si, dans ces dispositions, une cause d'irritation quelconque vient à agir sur elle, l'inflammation s'en empare facilement, et cette inflammation peut acquérir avec rapidité un caractère grave, qu'elle n'eut pas revêtu peut-être sans la coïncidence de la gonorrhée. Lorsque les choses se passent ainsi, la sympathie que l'urètre exerce sur la conjonctive n'agit que comme cause prédisposante; mais dans quelques cas rares, lorsque, par exemple, les conjonctives jouissent d'une exquise sensibilité, ou lorsqu'elles sont dans un état habituel d'irritation et de rougeur, la blennorrhée de l'œil peut alors se développer par la seule influence sympathique, comme notre sixième observation en offre un exemple; seulement, dans ce cas, l'inflammation reste en général bornée à la muqueuse des paupières, et ne prend que peu d'intènsité. Cependant, il peut arriver qu'une ophthalmie qui a débuté de cette manière, acquière une grande violence, lorsque de nouvelles causes viennent se joindre à la première.

Si nous admettons, avec Scarpa, Dupuytren, etc., etc., qu'une ophthalmie purulente puisse quelquefois survenir pendant le cours d'une gonorrhée par l'influence sympathique qui unit les muqueuses génitale et oculaire, nous ne saurions être de leur avis lorsqu'ils confondent cette ophthalmie avec celle qui reconnaît pour cause l'application du virus gonorrhoïque sur les conjonctives. Ces deux maladies sont en effet essentiellement différentes : l'une participe des propriétés contagieuses et virulentes de la gonorrhée ; l'autre n'a rien de spécifique et rentre dans l'histoire commune des blennorrhées oculaires.

Appuyons de quelques faits nos opinions sur la métastase et la sympathie, considérées comme causes de l'ophthalmie gonorrhoïque.

Obs. V. — Ch..... (J.-B.), soldat, âgé de 22 ans, d'un tempérament sanguin et d'une bonne constitution, contracte un écoulement urétral le 7 juin 1843, quelques jours après un coït suspect. Bientôt ce militaire, qui se trouvait en permission, se met en route par un jour de pluie et de vent pour rejoindre son corps ; à la fin de la première journée de marche, il ressent à l'œil droit les premiers symptômes d'une ophthalmie qui fait de rapides progrès. Au quatrième jour de l'invasion, lorsque le malade se présente à l'hôpital militaire de Louvain, l'œil droit est le siége d'une ophthalmie purulente portée au plus haut degré ; la cornée est ramollie, comme infiltrée et blanchâtre dans toute son étendue ; elle forme à la partie inférieure une propulsion qui annonce une rupture prochaine, qui effectivement ne tarde pas à s'opérer. Les paupières supérieures et inférieures sont recouvertes de granulations vésiculeuses abondantes ; l'engorgement des ganglions parotidiens n'existe pas ; l'écoulement urétral est presque complétement

supprimé. L'œil droit est sain ; seulement on remarque sur les conjonctives palpébrales inférieures quelques granulations vésiculeuses peu prononcées.

J'ai choisi cette observation intéressante de préférence à d'autres dont l'issue a été heureuse, parce qu'elle réunit plus complétement toutes les circonstances, tous les phénomènes sur lesquels les auteurs ont établi le diagnostic différentiel de l'ophthalmie gonorrhoïque. Invasion brusque, marche rapide, symptômes violents, terminaison fâcheuse, coïncidence avec un écoulement urétral, fixation de la maladie sur un seul œil, etc. ; rien ne manque au tableau des caractères qu'ils ont assignés à cette maladie. Mais à quelle cause est-il permis de l'attribuer ? Est-ce à l'inoculation, à la métastase ou à la sympathie ? Nous ne saurions admettre que l'inoculation l'ait produite, car l'ophthalmie manquait du caractère pathognomonique que nous avons observé invariablement dans tous les cas où cette cause a pu être constatée. Ce n'est pas non plus à la métastase, dont une des conditions, la suppression complète de l'écoulement urétral, n'existe pas. Reste la sympathie, influence qui ne saurait à elle seule expliquer ni la gravité de la maladie, ni sa fixation sur un seul œil. Nous pensons donc que l'ophthalmie purulente, qui se développe dans les circonstances précitées, doit être rapportée à une influence complexe que nous allons tâcher d'apprécier.

Les granulations vésiculeuses dont nous avons signalé l'existence sur les conjonctives palpébrales, des deux côtés, ne sauraient être attribuées qu'à un travail morbide, antérieur à l'invasion de l'ophthalmie purulente, travail qui avait fait de ces membranes, depuis un temps plus ou moins long, un centre de fluxion, et avait ainsi éveillé entre elles et la muqueuse génitale des sympathies plus vives. La conjonctive, rendue plus impressionnable par ce double motif, s'est facilement enflammée sous l'influence des causes d'irritation auxquelles le malade s'est trouvé exposé, telles que : humidité de l'air, fatigues, marches longues, etc. L'inflammation, une fois développée, a pris une intensité de plus en plus grande par la persistance des mêmes causes, et, arrivée à un certain degré de violence, elle a détourné à son profit la fluxion fixée sur la muqueuse génitale, et s'est encore accrue de toute l'intensité de celle-ci. Ainsi s'expliquent la diminution de l'écoulement urétral et la violence de l'inflammation de la conjonctive.

(*La suite à un prochain numéro.*)

NOTE COMPLÉMENTAIRE SUR LE SYNCHYSIS ÉTINCELANT ;

Par le docteur Sichel (*).

Le 18 mars 1846, un jeune médecin anglais amena à ma clinique madame Manfrina, qui fait le sujet de la première des trois observations de synchysis étincelant, en me priant de l'examiner et de dire si je persistais dans l'explication que j'avais donnée du phénomène. Les deux pupilles de cette dame, qui voit très-bien à l'aide de lunettes à cataracte, sont un peu transversalement et obliquement élargies de dedans en dehors et de haut en bas, sans doute parce que, pendant l'extraction des cataractes capsulaires par la sclérotique, l'iris a été un peu entraîné en dehors. Cette membrane présente d'une manière marquée le mouvement ondulatoire ordinaire après les opérations de cataracte, quand il n'existe ni adhérence, ni infiltration fibro-albumineuse dans son tissu, ni d'autre altération de sa substance, consécutive à l'inflammation. La pupille gauche est parfaitement noire. Tant que l'œil est tranquille, on n'y remarque rien d'extraordinaire; mais dès qu'il se meut, et surtout lorsqu'il se dirige un peu rapidement de bas en haut, on aperçoit de petits points jaune-doré et luisants, d'environ un tiers de millimètre à un demi-millimètre carré : on les voit s'élancer du fond de la chambre postérieure en haut, s'écarter les uns des autres, puis retomber au fond de cette même chambre, où ils disparaissent, après s'être quelquefois réunis en groupes. J'ai pu une fois compter dans un groupe pareil cinq de ces points irrégulièrement arrondis, qui restèrent tranquilles pendant l'immobilité de l'œil, contigus les uns aux autres, et qui ensuite, à son premier mouvement, furent projetés en haut vers le milieu de la pupille, pour s'éparpiller en différentes directions, semblables au bouquet d'un petit feu d'artifice. Tout en s'écartant les unes des autres, ces espèces de paillettes luisantes semblèrent rester confinées dans des plans très-rapprochés de celui de l'iris; toutefois jamais une d'elles n'arriva dans la chambre antérieure. En se dispersant, un nombre considé-

(1) Voir *Annales d'Oculistique*, t. XIV, p. 220, et tome XV, p. 167, et le *Journal de Chirurgie* de M. Malgaigne, 1845, p. 330 et 356.

rable de ces points brillants disparurent avant d'arriver au fond de la chambre postérieure ou dans les parties latérales de cette chambre, derrière l'iris ; circonstance qui s'explique parfaitement bien par la minceur de ces paillettes lisses, polies et douées d'un éclat métallique. En effet, elles constituent autant de petits miroirs qui reflètent et renvoient la lumière par leur surface; mais dès qu'elles se placent de champ, de manière à présenter au spectateur, ainsi qu'à la lumière incidente, leur bord et non plus leur face, elles ne peuvent plus produire ce curieux phénomème de réflexion. Ce qui met surtout hors de doute l'explication que j'ai donnée et la présence de corpuscules réels renvoyant la lumière, ce sont leurs différentes positions, lorsqu'elles retombent après leurs mouvements, et leur réunion par petits groupes diversement arrangés au fond de la chambre postérieure. Si dans une expérience que je n'ai point répétée, mais qui a été tentée, la malade ayant été placée sur la face, aucun de ces corpuscules n'a passé dans la chambre antérieure, cela n'a rien que de très-naturel. Les solutions de continuité du corps vitré, même liquéfié à son intérieur par la déchirure de ses cellules lors du broiement ou de l'abaissement de la cataracte, se guérissent sans cicatrices visibles à sa surface, où l'instrument ne fait que passer rapidement.

Ceci n'est pas une supposition purement théorique, mais un fait bien avéré par l'anatomie pathologique. Quel que soit, dans le synchysis et après les opérations de cataracte pratiquées à l'aiguille, l'état du corps vitré, ce corps reste toujours bien nettement séparé de l'humeur aqueuse par le feuillet qui forme la face antérieure de l'hyaloïde, quand bien même les prolongements et cloisons intérieurs de cette membrane qui forment les cellules hyaloïdiennes, et par conséquent aussi ces cellules elles-mêmes, ont disparu par suite de la résorption spontanée ou de leur destruction par l'aiguille. Une communication libre entre l'humeur aqueuse et l'intérieur du corps vitré ne peut avoir lieu qu'au moment même de l'opération et de la rupture du feuillet qui forme la face antérieure de l'hyaloïde, ou encore d'une manière permanente lorsque ce feuillet, comme dans la troisième observation, est épaissi, parcheminé, désorganisé, et par conséquent ne peut se cicatriser. Aussi dans ce cas avons-nous vu les paillettes communiquer librement du fond de l'œil à la chambre antérieure.

Jusqu'à ce qu'une dissection vienne renverser mon explication, je la regarde donc comme parfaitement fondée. L'examen de l'œil

gauche de madame Manfrina vient la justifier et la corroborer exactement.

Cette dame voit voltiger devant son œil des points noirs qu'elle a déjà vus longtemps avant l'opération. Il faudrait un examen plus prolongé, surtout dans le moment où les points brillants viennent passer dans le champ de la vision, pour décider si la myiodopsie, dans ce cas, est produite par la présence des paillettes et leurs mouvements.

Quant au nom de *synchysis étincelant (synchysis scintillans)*, je pense, toute réflexion faite, qu'on fera bien de l'adopter ; car il désigne bien le phénomène, sans préjuger autrement la question de son explication qu'en admettant la liquéfaction du corps vitré (synchysis). Or, cette liquéfaction existait positivement dans mon cas et dans celui de M. Desmarres ; il est donc probable qu'il en était de même dans celui de M. Parfait-Landrot. Des mouvements étendus de corpuscules ne peuvent d'ailleurs avoir lieu au milieu du corps vitré que dans le cas de sa dissolution.

ABSENCE DE L'IRIS CHEZ LE PÈRE ET L'ENFANT ;

Observation communiquée par M. V. Stoeber, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, etc.

Le 4 janvier 1846, on me pria d'examiner les yeux d'un enfant de deux mois, nommé Louis Kenеker, né à Robersau (annexe de Strasbourg). Je constatai une absence de l'iris aux deux yeux : les pupilles sont aussi grandes que la cornée. Du reste, les yeux sont bien conformés, ne présentent aucun trouble des milieux transparents : leurs mouvements sont naturels, et l'enfant ne paraît pas craindre la clarté du jour.

M'étant informé de l'état des yeux des parents, ou frères et sœurs, j'appris que l'enfant était un premier-né, et que son père avait eu la vue faible depuis son enfance. Je fis venir celui-ci, qui est âgé de 29 ans et exerce la profession de journalier. Il me raconta que ses parents et ses cinq frères et sœurs avaient eu les yeux bien conformés, mais que chez lui on avait remarqué dès son enfance un

regard incertain et de la difficulté à supporter la clarté du soleil. Il avait été plusieurs fois affecté d'ophthalmies, surtout à l'œil gauche. En examinant les yeux, je les trouve dans l'état suivant : fente palpébrale très-étroite aux deux yeux ; strabisme convergent double : les deux globes oculaires sont affectés du mouvement oscillatoire propre aux aveugles-nés. *L'iris manque aux deux yeux.* A l'œil *droit*, la cornée présente plusieurs facettes et une petite taie vers le bord interne : à une assez grande profondeur, on voit une surface blanche, en forme de fer à cheval, et qui paraît occuper la place de la capsule cristalline postérieure. Le malade est myope de cet œil. En regardant de bien près, il peut enfiler une aiguille ; mais il n'a jamais pu parvenir à lire, quoiqu'on ait cherché, mais sans succès, à lui faire distinguer les lettres au moyen de lunettes. La cornée gauche est troublée en partie par une taie linéaire transversale, deux autres petites taies et plusieurs facettes. Il n'y a point d'opacité dans le fond de l'œil gauche : la vue est cependant moins bonne de ce côté, apparemment à cause des taies, et surtout de celle qui traverse le milieu de la cornée. Lorsqu'on tient les paupières écartées pendant quelques instants, le malade les ferme spasmodiquement : la grande clarté lui est désagréable et fait larmoyer ses yeux.

Chez aucun des deux individus je n'ai pu distinguer le reflet rouge du fond de l'œil, qu'on remarque quelquefois, et qui était très-prononcé dans le cas que j'ai décrit en 1831 (*Arch. gén. de Méd.*, 1831, t. XXV, p. 405 ; — *v. Ammon's Zeitschrift*. B. 5, p. 78). Chez le père, cela peut tenir à la petitesse de la fente palpébrale, aux taies de la cornée, au mouvement oscillatoire des yeux ; chez l'enfant, cela dépend peut-être de ce qu'il n'ouvre pas encore largement ses paupières.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ESPAGNOLS.

Gaceta medica, de Madrid.

De l'ophthalmie purulente qui a régné aux îles Baléares parmi les soldats du régiment de Cordoue ; par Don Santiago Garcia y Vazquez. — Nous trouvons dans la *Gaceta medica* du 30 décembre une

analyse de ce mémoire, lu par l'auteur dans les sessions académiques que le corps de santé militaire a tenues à Pampelune en novembre 1845. Voici la traduction littérale de ce document :

« Dans la session du 24 novembre, Don Santiago Garcia y Vazquez a tracé l'histoire d'une ophthalmie purulente de caractère spécial, qui a régné aux îles Baléares parmi les soldats du régiment de Cordoue. Se basant sur son observation assidue de cette maladie, il a démontré par des raisons assez puissantes (*bastante poderosas*) qu'il croyait pouvoir considérer comme causes de cette maladie : l'humidité, les émanations marines et l'intensité excessive de la lumière solaire propres à ces îles, aidées par une constitution médicale presque accidentelle et exclusivement attachée aux soldats nouvellement arrivés dans le pays, et favorisées par la position sociale de ces hommes et par la contagion ou transmission directe des uns aux autres. L'auteur invoque les raisons suivantes à l'appui de son assertion :

« J'ai toujours noté, relativement à l'influence de la lumière, que, toutes circonstances égales, lorsque l'atmosphère était nébuleuse, et la lumière du soleil obscurcie, non-seulement la maladie perdait de son intensité, mais que l'on retirait alors de plus grands avantages traitement employé chez les individus atteints. »

Traitant de la contagion : « Mais dans le cas présent, sera-ce parce qu'elle offre quelque chose de spécial qui lui donne ce caractère? D'abord, on ne saurait le nier, si l'on tient compte de ses effets ; en second lieu, c'est présumable. La transmission directe, d'individu à individu, a été tellement palpable, que le mal s'étant déclaré dans une compagnie, il est rare qu'un seul soldat y ait échappé ; et parmi ceux qui sont arrivés, tous ont été atteints, sans en excepter pour, ainsi dire un seul. La maladie offrait chez tous une identité presque complète dans sa manière d'être. »

« Nous citerions avec plaisir les raisons sur lesquelles l'auteur appuie son étiologie de l'affection, nous le suivrions de même dans la description qu'il fait de son caractère, de son cours, de ses terminaisons, ainsi que dans son exposition du traitement qui lui a le mieux réussi ; mais afin de n'être pas trop longs, nous nous bornerons à transcrire les réflexions par lesquelles il termine son mémoire :

« Le grand nombre de soldats atteints de cette maladie, que j'avais à cette époque sous ma direction médicale ; ceux que j'ai soignés

depuis dans les hôpitaux militaires du royaume; les observations que je me suis attaché à recueillir depuis un certain temps sur le nombre et les conditions hygiéniques (*circumstancias*) des ophthalmiques que j'ai rencontrés dans les visites médicales et journalières que je pratiquais dans les quartiers, m'ont donné certaines convictions que j'expose ici :

« En égalité de nombre, et dans les mêmes circonstances, on rencontre un cas d'ophthalmie chez les provinciaux, lorsqu'on en observe trois dans les soldats d'infanterie et de cavalerie.

« Il existe certaines populations (*poblaciones*) et même certains quartiers où les ophthalmies peuvent être considérées comme endémiques. Dans les premières, il peut se rencontrer une des causes que nous regardons comme capables de déterminer l'ophthalmie qui nous occupe, ou bien d'autres causes inconnues et qui échappent aux recherches. Pour ce qui est des quartiers, outre l'action nuisible des objets d'ustensiles et la disposition des latrines dans les parties habitées, ils peuvent exercer une grande influence : tout le monde sait que l'ophthalmie est très-commune chez les égouttiers (*poceros*).

« Dans la troupe, ce qui contribue beaucoup à déterminer les inflammations de l'organe de la vue, c'est le nettoiement de certaines pièces d'équipement et d'armement brillantes et lustrées, nettoiement qui s'exécute à l'ardeur intense des rayons solaires qui s'y réfléchissent.

« La vie du soldat, si favorable au développement de toute espèce de maladie, expose aussi à l'ophthalmie quand certaines causes prédisposantes viennent plus ou moins en aide.

« La transmission ou propagation des ophthalmies d'individu à individu est très-palpable et évidente parmi les soldats. La vie en commun des soldats d'une compagnie, les soins de propreté pour lesquels plusieurs usent d'un même vase et d'un même linge, favorisent cette transmission. Je regarde comme un fait irrécusable que pour le soldat du moins, ce mal est contagieux.

« La période aiguë, proprement dite, a une durée très-éphémère dans la plus grande partie des ophthalmies.

« Quand, après trois jours, une ophthalmie purulente avec chémosis considérable et grande tuméfaction des paupières ne se résout pas, ou ne manifeste pas de la tendance à la résolution, on peut prédire, sans crainte de se tromper, qu'elle ne se terminera pas d'une

manière satisfaisante. Les ophthalmies, de quelque caractère que ce soit, qui persistent, même sous forme chronique, pendant un long espace de temps, laissent toujours après elles des traces de leur existence.

« On retire, en général, dans les inflammations de l'organe visuel, plus d'avantages des débilitants généraux et des révulsifs internes et externes (s'il y a tolérance), employés avec énergie et méthode, que des moyens locaux. En effet, les collyres injectés, n'importe de quelle manière, entre les paupières, quelle que soit leur vertu, produisent l'exacerbation de la phlogose déjà existante d'une muqueuse qui ne peut supporter sans inconvénient le contact d'aucun corps. Les déplétions topiques, soit parce qu'elles ne sont jamais aussi abondantes (*confluentes*) qu'elles devraient l'être, soit pour toute autre cause, augmentent certainement la congestion locale et la rendent quelquefois stationnaire : je regarde comme préférable de les pratiquer sur les tempes ou derrière les oreilles, et de se servir des collyres comme de simple lotion et pour nettoyer la partie : l'eau distillée simple convient le mieux.

« Je regarderai toujours comme un recours aventuré (*recurso aventurado*) les cautérisations avec le nitrate d'argent, quelque recommandées qu'elles soient : je crois préférable, dans les cas de chémosis prononcé et de tuméfaction (*abotugamiento*) considérable de la conjonctive palpébrale, de pratiquer dans la conjonctive de petites excisions avec les ciseaux de Percy. »

JOURNAUX PORTUGAIS.

Jornal da Sociedade das Sciencias medicas de Lisboa.

Solution de sel de cuisine dans les ophthalmies; par le docteur Moraes, de Lisbonne. — L'auteur souffrait depuis cinq mois d'une ophthalmie (?) chronique qui n'avait pu être guérie par aucun des divers moyens qu'il avait employés. Il eut alors recours à une solution de sel de cuisine, et au bout de trois semaines il se trouva complétement guéri. — L'observation qu'il venait de faire sur lui-

même l'engagea à essayer ce moyen sur des malades de sa clinique, et tous s'en trouvèrent bien. — Cette solution doit être plus ou moins saturée, d'après la sensibilité du malade. — M. Moraes s'est servi d'eau ordinaire, qu'il a employée tiède en hiver, froide en été

Le chlorure de sodium dont a fait usage le docteur Moraes a été vanté il y a deux ans par M. Tavignot à la suite d'essais tentés dans le service de M. Aug. Bérard. Nous regrettons de ne point posséder le N° de l'*Expérience* où a été consigné le mémoire de M. Tavignot; nous ne le connaissons que par les quelques lignes suivantes dans lesquelles il a été résumé par le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques* :

« M. Tavignot emploie le sel en crayon, en pommade ou en collyre. En touchant la partie malade avec le sel cristallisé, on n'a pas la crainte de produire une eschare. L'effet produit est une excitation vive et douloureuse, mais momentanée.— La pommade se compose de 4 à 16 grammes (1 gros à 1/2 once) de sel pulvérisé fin, sur 30 grammes (7 1/2 gros) d'axonge ; mais c'est surtout du collyre que l'on fait le plus souvent usage à la Pitié. Pour le préparer, on prend 30 grammes d'eau distillée ou d'eau simple, dans laquelle on fait dissoudre autant de sel que possible. Ce collyre s'emploie en instillation entre les paupières 3 ou 4 fois par jour. »

D'après M. Lucas Championnière, on aurait reconnu surtout la grande efficacité du sel comme *cicatrisant dans tous les cas d'ulcération de la cornée.*

L'emploi de la solution de sel de cuisine dans les ophthalmies n'est pas chose nouvelle. On sait en effet que M. Varlez y a eu recours avec avantage, chez nous, dans le traitement de l'ophthalmie des armées : c'est d'ailleurs un remède vulgaire en Belgique et surtout en Hollande. Dans ce dernier pays, le sel est souvent employé empiriquement en solution saturée dans le cognac, tant dans les ophthalmies que dans une foule d'autres affections.

JOURNAUX ALLEMANDS.

Oppenheim's Zeitschrift.

De l'emploi externe du calomel dans les maladies des yeux ; par M. Munchmeyer.— On a vu dans notre numéro de février (p. 80) que M. Von Magaziner avait employé, à l'hôpital de Varsovie, le calomel

dans la blépharophthalmie aiguë; il a suivi en cela la pratique de Fricke, qui vantait beaucoup cette médication, non-seulement dans les altérations chroniques de la cornée et dans les conjonctivites les plus invétérées, mais encore dans la plupart des affections inflammatoires de l'œil, et notamment celles de natures catarrhale, rhumatismale ou scrofuleuse. M. Münchmeyer a soumis cette indication à de nouveaux essais, l'employant presque toujours seule, sans adjuvant, ou au moins de manière que son action locale pût être bien constatée. Il a étendu son emploi à toutes les formes morbides qui paraissaient pouvoir être favorablement modifiées par son influence, et c'est le résultat de son expérience qu'il soumet aujourd'hui au public médical.

Le mode d'administration qui lui paraît mériter la préférence est celui recommandé par Fricke. Il consiste à porter sur la conjonctive, au moyen d'un pinceau à miniature, préalablement imbibé d'eau, un mélange de parties égales de calomel et de sucre réduits en poudre impalpable. Souvent il emploie la poudre avec excédant de calomel. Le point le plus favorable pour cette application est le repli conjonctival de la paupière inférieure; cependant il est des cas où il vaut mieux porter le médicament sur un point quelconque du globe oculaire. On devra toujours éviter de toucher avec le pinceau la cornée transparente, à cause de la sensibilité particulière de cette partie. Après l'application du calomel, il convient de clore les paupières pendant dix minutes, de faire exécuter des mouvements à l'œil dans différentes directions, et de faire garder la chambre pendant un quart d'heure à une demi-heure. « Ce procédé, dit l'auteur, est bien préférable à l'insufflation, laquelle occasionne une irritation trop vive et est à peu près inexécutable dans le cas de photophobie intense ou de spasme des paupières. »

Dans les *ophthalmies idiopathiques*, dites *franches*, qu'elles soient violentes ou légères, on n'a rien à attendre du calomel tant que le *caractère* de la maladie ne s'est pas modifié. Ces changements de nature surviennent fréquemment, même dans les inflammations traumatiques, sous l'influence de certaines dispositions morbides ou d'autres circonstances. C'est alors que l'auteur a souvent retiré d'excellents effets du calomel. Dans deux cas d'opération de cataracte à travers la sclérotique et un cas de pupille artificielle, on n'avait pu ni prévenir ni arrêter l'inflammation, malgré la médication préparatoire et les soins consécutifs les mieux entendus. La conjonctive, surtout au niveau des plaies, restait rouge, gonflée, doulou-

reuse ; il y avait photophobie. Le calomel fit rapidement disparaitre ces accidents. Pareils résultats ont été obtenus dans deux cas de kératite : le premier déterminé par une paille de fer, le second par une parcelle de chaux vive appliquée sur le centre de la cornée.

Dans les *ophthalmies catarrhales*, le calomel l'emporte sur tous les autres moyens locaux par la rapidité de son action et la facilité de son emploi. Dans les cas légers d'inflammation catarrhale aiguë, on peut commencer de suite par le calomel et se borner à son emploi pendant toute la durée de la maladie. La guérison s'obtient généralement du troisième ou quatrième jour, sans que pour cela les malades soient obligés de rester chez eux. Si l'inflammation catarrhale est plus vive, il convient d'écarter d'abord la congestion trop active par les moyens appropriés. Le calomel agira d'autant plus efficacement que l'inflammation se rapprochera davantage de la forme chronique. La guérison lui a paru plus longue et plus difficile à obtenir quand la maladie prenait la forme blennorrhoïque ; il a toujours fallu seconder l'action du calomel par les purgatifs et les révulsifs sur la peau. Quelquefois il s'est vu dans la nécessité de laisser, dans le principe de la maladie, un intervalle de deux à trois jours entre chaque application de calomel, à cause de l'irritation que produisait ce médicament. Le siége de l'inflammation catarrhale semble exercer une influence sur l'action du calomel ; il agit très-rapidement et favorablement dans la conjonctivite catarrhale. Dans la blépharite catarrhale glanduleuse, il n'agit qu'au commencement, et agit d'autant mieux que la conjonctive est moins atteinte. Dans les cas chroniques de cette espèce, il agit moins que les autres moyens usités. Il paraît très-efficace dans la canthite catarrhale, en modifiant rapidement la nature âcre de l'écoulement et la rougeur foncée de la partie excoriée. L'auteur dit en avoir vu guérir plusieurs cas assez graves après trois ou quatre applications. Il a vu ce moyen réussir dans un cas d'inflammation catarrhale du sac lacrymal datant de quatre semaines. Au bout de quinze jours d'application de calomel dans l'angle interne de l'œil, vers les points lacrymaux, la guérison était complète.

Les *ophthalmies rhumatismales* exigent plus de précaution dans l'emploi de ce moyen. Dans les cas aigus, intenses, il exerce une irritation aussitôt que la rougeur devient plus foncée, que la cornée, l'iris et la membrane de Descemet se troublent, et que la vision diminue. On remarque alors qu'aussitôt que la conjonctive reprend son aspect normal, les membranes situées plus profondément se modifient dans

la même proportion. Cependant les exsudations considérables occupant la pupille résistent aussi bien au calomel qu'à tous les autres moyens. S'il survient un abcès dans la cornée, le calomel rend les mêmes services que dans les inflammations accidentelles de cette membrane.

C'est dans les *ophthalmies scrofuleuses* que le calomel donne les plus brillants résultats. On arrive très-rapidement à faire disparaître la trop vive sensibilité de l'œil et la photophobie ; ce qui permet d'exposer le malade à l'air et au soleil, conditions importantes dans le traitement de l'affection scrofuleuse. Les ophthalmies scrofuleuses peu intenses peuvent être traitées dès le début par le calomel; dans les cas intenses, il convient d'écarter d'abord les symptômes trop aigus. Dans ces cas, il arrive souvent qu'après la première ou même la deuxième semaine on n'a pas encore obtenu de résultat favorable; ce qui ne doit pas décourager le praticien : avec de la persévérance, on arrive au but, et l'on voit souvent disparaître entièrement, et sans traces, des ulcères, des phlyctènes et des exsudations de la cornée.

Les *ophthalmies blennorrhagiques* même, malgré leur marche essentiellement aiguë et rapide, présentent néanmoins assez souvent une tendance à prendre un caractère inflammatoire passif et torpide. C'est à ce moment que le calomel peut rendre des services ; mais il convient surtout quand la conjonctive subit des modifications, depuis la formation des papilles muqueuses jusqu'au développement des phlyctènes, des ulcères de la cornée, du pannus, etc. Bien entendu qu'il y faut recourir plus fréquemment que dans les cas ordinaires, et répéter les applications trois ou quatre fois par jour. (Extrait de la *Gazette médicale de Paris*.)

Canstatt's Jahresbericht.

De la thérapeutique des blennorrhées oculaires; par le docteur Krieg.— Plaidoyer contre les évacuations sanguines. L'auteur voudrait que l'on ne séparât plus, comme on le fait, l'étude des ophthalmies blennorrhagique, égyptienne et des nouveau-nés ; cette séparation nuit, selon lui, beaucoup à l'établissement (*Feststellung*) d'une thérapeutique appropriée aux diverses formes, aux différents degrés de ces affections.

Du traitement de l'ophthalmie gonorrhoïque sans l'emploi des saignées; par le docteur Bock.— L'auteur excise la conjonctive autour de la cornée, avec les ciseaux de Daviel ; immédiatement après, il instille entre les paupières une solution de pierre infernale (4 à 6 grains par ℥j d'eau) : ces instillations sont répétées de deux en deux heures ; des onctions mercurielles belladonées sont en même temps pratiquées ; un vésicatoire est appliqué à la nuque ; le calomel uni au jalap est donné à l'intérieur, à dose purgative. La matière sécrétée est éloignée avec soin. Lorsqu'il y a de fortes douleurs, M. Bock donne la teinture d'opium avec l'eau d'amandes amères.

Observation d'une ophthalmie intermittente quotidienne ; par le docteur Lohmann. — Ce cas a été observé pendant que la fièvre intermittente régnait dans la localité et attaquait beaucoup de personnes. Le sujet de l'observation est un homme de 38 ans, robuste. Pendant cinq jours, il fut pris régulièrement, à 1 heure de l'après-midi, de violentes douleurs dans l'œil gauche, s'irradiant à la tempe et au front du même côté. Il survenait de la photophobie, un grand écoulement de larmes ; la conjonctive blépharo-scléroticale rougissait. Une heure plus tard, les vaisseaux de la conjonctive étaient comme injectés, et les douleurs dans la région sus-orbitaire des plus véhémentes.—L'œil droit ne participait nullement à cet état.— Le soir, vers 7 heures, les douleurs commençaient à diminuer progressivement ; la nuit, il survenait des douleurs, et le lendemain l'œil ne présentait plus le moindre signe objectif ni subjectif de maladie. — Un sentiment de mal-être se manifestait dans la matinée, avant l'accès. — Des sangsues, des bains de pieds, des vésicatoires, des lotions froides, etc., avaient été employés inutilement. 12 grains de sulfate de quinine, donnés dans la matinée, prévinrent le retour de l'affection.

De l'administration endermique et des bons effets de la strychnine dans l'amaurose fonctionnelle; par M. Wimmer. — Ce médecin a traité 15 amauroses fonctionnelles par l'usage endermique de la strychnine ; dans 10 cas il en a retiré de bons effets. Il s'est servi indifféremment de la strychnine pure, du nitrate ou de l'hydrochlorate de strychnine, et a trouvé que tous trois agissaient de la même ma-

nière. Il rapporte un cas assez curieux. Un malade était affecté d'une amaurose complète d'un côté, incomplète de l'autre. La strychnine, administrée endermiquement, fut poussée jusqu'à la dose de 1/2 grain par jour. L'amaurose complète fut bientôt changée en hémiopie : « la sensibilité fut rétablie dans la moitié interne de la rétine, tan- « dis que la moitié externe demeura insensible. » Cet état a persisté.

Emploi de la conéine dans l'ophthalmie scrofuleuse; par le docteur Schneider. — L'auteur la recommande dans les ophthalmies scrofuleuses accompagnées d'éréthisme, dans lesquelles le spasme palpébral, la photophobie et l'épiphora sont très-prononcés. Il a prescrit, d'après la formule de M. Fronhmüller (*Annales d'Oculistique*, 1er volume supplémentaire, p. 80) : conéine, 4 gouttes ; esprit de vin, 1 scrupule ; eau distillée, 5 drachmes. On en donne de 15 à 30 gouttes trois fois par jour. M. Schneider l'a administrée pendant longtemps sans rien observer qui pût faire redouter son administration.

Nécrologie.

On vient de recevoir la nouvelle de notre collaborateur, M. Fleussu, qui dirigeait depuis trois ans le service sanitaire de la colonie belge de Santo-Thomas de Guatémala. Il a été précédé dans la tombe par le second médecin de la colonie, M. le docteur Thielemans.

Fleussu a été pendant quelques années le prosecteur de Fohmann, à l'Université de Liége. Après avoir servi pendant quelques années dans l'armée belge, il entreprit un voyage en Allemagne à l'effet de visiter les établissements scientifiques de cette contrée, et surtout d'étudier la méthode curative de Priessnitz. Rentré en Belgique, il a rempli pendant deux ans les fonctions de médecin-adjoint de l'Institut ophthalmique, et a rendu en cette qualité les services les plus signalés à la classe ouvrière et indigente de Bruxelles et du Brabant.

Il laisse diverses productions :

1o Une dissertation *sur les vaisseaux lymphatiques*; 2o une *Revue ophthalmologique des travaux anatomiques des années* 1840 et 1841 (extrait des *Annales d'Oculistique*. vol. VI) ; 3o une *Revue ophthalmologique de la littérature médicale des années* 1840 et 1841, qu'il a publiée en collaboration avec M. Cunier ; 4o un *Mémoire sur la suture de la conjonctive après l'opération du strabisme*, inséré dans les *Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Malines*; 5o des *Recherches sur la valeur de la myotomie oculaire dans le traitement de l'amaurose* (*Annales d'Oculistique*, vol. IX, p. 220).

Il a en outre publié dans nos *Annales* diverses revues et analyses.

Le docteur Fleussu avait à peine 40 ans. Il sera pleuré par tous ceux qui l'ont connu, qui ont pu apprécier comme nous ses excellentes qualités du cœur. Son contrat avec la compagnie était expiré, et néanmoins il a voulu rester à son poste : il est mort victime de son dévouement aux malheureux colons de Santo-Thomas.

— Le docteur Gaubric, auteur d'une *Dissertation sur l'opération de la pupille artificielle*, vient de mourir à Bordeaux.

— Les journaux français annoncent la mort de Paolo Assalini, bien connu dans la littérature ophthalmologique.

Chronique.

Bruxelles.— Par arrêté du 29 avril, S. M. le Roi des Belges a nommé notre rédacteur en chef, M. Florent Cunier, médecin-oculiste de Leurs Altesses Royales le Duc de Brabant et le Comte de Flandre.

Anvers. — M. le docteur Lutens, notre collaborateur, médecin de régiment au 4e d'artillerie, vient d'être nommé chevalier de l'ordre Léopold. De semblables nominations encouragent les travailleurs.

Mons. — La Société des *Arts, des Sciences et des Lettres du Hainaut*, vient de mettre pour la quatrième fois au concours la question suivante :

« Faire l'historique de l'opération de la pupille artificielle, depuis son invention jusqu'à nos jours. Décrire les différents procédés, et indiquer les avantages et les inconvénients de chacun d'eux. »

Les réponses à cette question devront être remises, *franco*, chez M. Ad. Mathieu, secrétaire de la Société, avant le 1er janvier 1847.

Paris. — On lit dans la *Gazette médico-chirurgicale* : « Il est question de fonder une Société nouvelle qui prendrait le titre de *Société ophthalmologique de Paris*, composée des principaux ophthalmologues de Paris et de la province. Elle se proposerait de recueillir et de discuter les matériaux qui sont de nature à compléter l'étude des maladies des yeux. »

— Notre collaborateur, M. Tavignot, rédacteur en chef de la *Gazette médico-chirurgicale*, vient de fonder, rue de Bussy, nº 16, à Paris, un dispensaire ophthalmique. Le dispensaire fondé par notre collaborateur M. Duval, devient de plus en plus fréquenté.

Nous reprendrons, à partir de notre livraison de juillet, la publication du mémoire de M. Sichel *sur les lunettes et les divers états pathologiques consécutifs à leur usage irrationnel*. Notre 16e volume renfermera en outre plusieurs communications du même auteur, ainsi qu'un mémoire de M. Desmarres sur l'*ophthalmoscopie*, deux mémoires de M. Decondé, sur l'*ophthalmie des armées*, des Recherches de M. Hoering sur le *galvanisme appliqué au traitement des maladies des yeux*, divers articles déjà reçus de M. *Stœber* (de Strasbourg), *Guépin* (de Nantes), *Escolar* (de Madrid), *Snabilié* (de La Haye), *Serre* (d'Alais), *Fallot* (de Namur), *Henrotay* (de Liége), *Jans* (de Peer), *Binard* (de Bruges), etc., ainsi que la suite du mémoire de M. *de Walther sur les taches de la cornée*, et des *Recherches statistiques* de M. *Cunier*.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE QUINZIÈME VOLUME.

(JANVIER A JUIN 1846.)

A.

B.

C.



